



Daniela Correia

**Fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante em utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em  
Condições Músculo-Esqueléticas  
Relatório de Projeto de Investigação

Professor Doutor Eduardo Cruz

Fevereiro 2021

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Daniela Correia

Setúbal, 7 de Fevereiro de 2021

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O orientador,

\_\_\_\_\_

Setúbal, .... de Fevereiro de 2021

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao Professor Doutor Eduardo Cruz, pela excelente partilha de conhecimento ao longo de todo o mestrado e, em especial, pela valiosa orientação na realização do projeto de investigação. Agradeço a sua infinita disponibilidade e confiança que depositou em mim, tendo a certeza que foi uma oportunidade única de aprendizagem.

Agradeço igualmente ao fisioterapeuta Luís Gomes, pelo trabalho de recolha de dados, e à fisioterapeuta Sofia Paiva, pelo seu trabalho na disseminação e divulgação do projeto SPLIT, cuja amostra foi utilizada para o presente trabalho.

Agradeço aos restantes docentes do mestrado pelos conhecimentos transmitidos e pela constante motivação em oferecerem o melhor ensino possível aos alunos.

Aos meus pais e irmão, muito obrigada pelo apoio e preocupação ao longo desta fase e por sempre me incentivarem na busca de mais e melhor conhecimento. A sua ajuda foi preciosa.

Endereço um agradecimento especial a todos os colegas de mestrado pelos momentos de partilha e diversão, em especial ao Tiago e ao Rúben. Um grande obrigada também à Susana por ter partilhado a sua experiência e oferecido valiosos conselhos.

Aos meus colegas de trabalho, obrigada pela paciência e compreensão, tornaram esta jornada menos difícil.

Por último, ao David, que experienciou esta viagem comigo, agradeço o seu apoio incondicional. Ajuda-me a ultrapassar todas as dificuldades e está sempre presente, *no matter what*.

## RESUMO

### FATORES DE PROGNÓSTICO PARA A DOR PERSISTENTE E INCAPACITANTE EM UTENTES COM LOMBALGIA QUE RECORREM AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

DANIELA CORREIA

**PALAVRAS-CHAVE:** lombalgia não específica, atividades limitadas, incapacidade persistente, dor persistente, fatores de prognóstico

**Introdução:** A lombalgia é a principal causa de anos vividos com incapacidade, causando mais incapacidade do que qualquer outra condição musculoesquelética. É expectável que o seu impacto funcional continue a aumentar no futuro. Após 6 semanas, a probabilidade de desenvolvimento de lombalgia persistente e incapacitante aumenta para 40% dos utentes. Não existem estudos que descrevam quais as atividades funcionais do *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) mais comprometidas em cada grupo de risco identificado pelo *Keele STarT Back Screening Tool* (SBST) nem há conhecimento consistente relativamente aos fatores de prognóstico responsáveis pela cronicidade da condição. **Objetivo:** Identificar as atividades funcionais mais limitadas, verificar se a intensidade dos sintomas está associada à incapacidade funcional e estudar quais os fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante, em indivíduos com lombalgia que recorrem aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). **Metodologia:** Foi realizado um estudo de coorte prospetivo observacional, com a duração de 6 meses e com uma amostra de 203 indivíduos com lombalgia não específica que recorreram aos CSP. Os instrumentos utilizados foram a Escala Numérica da Dor (END) e as versões portuguesas da SBST e do RMDQ, existindo uma reavaliação aos 2 e 6 meses. **Resultados:** Uma idade avançada, valores elevados de dor e de incapacidade na avaliação inicial, pontuações elevadas na escala total e na escala psicossocial do SBST, o género feminino e a questão 21 do RMDQ são fatores de mau prognóstico para a lombalgia, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de uma condição persistente no tempo. **Conclusões:** A identificação precoce da presença de fatores de prognóstico deve ser considerada pelos profissionais de saúde que lidam com utentes com lombalgia não específica, promovendo a sua educação em relação ao seu prognóstico de episódio de lombalgia, adequando o tipo de intervenção para cada utente e prevenindo o surgimento de uma condição persistente e incapacitante.

## ABSTRACT

### PROGNOSTIC FACTORS FOR PERSISTENT PAIN AND DISABILITY IN PATIENTS WITH LOW BACK PAIN WHO SEEK PRIMARY HEALTHCARE

DANIELA CORREIA

**KEYWORDS:** nonspecific low back pain, limited activities, persistent disability, persistent pain, prognostic factors

**Background:** Low back pain is the leading cause of years lived with disability, causing more disability than any other musculoskeletal condition. It is expected that its functional impact continues to grow in the future. After 6 weeks, the probability of developing a persistent and disabling low back pain increases for 40% of the patients. There are no studies that describe which functional activities of Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) are more compromised in each risk group identified by Keele STarT Back Screening Tool (SBST) nor is there consistency about the prognostic factors responsible for the chronicity of the condition. **Aim:** To identify which functional activities are more limited, to verify if the intensity of symptoms is associated with functional disability and to study the prognostic factors for persistent disability and persistent pain, in patients with low back pain seeking primary healthcare. **Methods:** A observational, prospective cohort study was conducted within 6 months, with a sample of 203 patients with nonspecific low back pain seeking primary healthcare. Numeric Pain Rating Scale (NPRS) and the portuguese versions of SBST and RMDQ were used, patients were followed up at 2 and 6 months. **Results:** An older age, high levels of pain and disability at the baseline, elevated scores in total scale and psychosocial scale of SBST, female gender and item 21 of RMDQ are poor prognostic factors for low back pain, increasing the probability of developing a persistent condition in the future. **Conclusions:** An early identification of the presence of prognostic factors must be considered by health professionals who deal with non-specific low back pain patients, improving their education related to low back pain prognosis, adjusting intervention for each patient and preventing a persistent and disabling condition.

## ÍNDICE

1. Introdução .....	1
2. Metodologia.....	9
2.1. Instrumentos de Recolha de Dados .....	11
2.1.1. Questionário sociodemográfico e clínico .....	11
2.1.2. Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) .....	11
2.1.3. Escala Numérica da Dor (END).....	12
2.1.4. Keele STarT Back Screening Tool (SBST).....	13
2.2. Critérios utilizados na definição de dor persistente e incapacitante .....	14
2.3. Análise de Dados .....	15
3. Apresentação dos Resultados.....	17
3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra .....	17
3.2. Comparação das características da baseline entre dropouts e utentes que se mantiveram no estudo .....	19
3.3. Caracterização da limitação de atividades de acordo com as respostas dadas ao RMDQ (por categorias de risco classificadas pelo SBST).....	20
3.4. Correlação entre a intensidade da dor (média da END) e a incapacidade funcional (pontuação total do RMDQ) .....	22
3.5. Fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante .....	23
4. Discussão dos Resultados .....	31
4.1. Limitações do estudo.....	37
4.2. Implicações do estudo.....	38
5. Conclusões.....	40
6. Referências Bibliográficas .....	41
Apêndice A .....	48
Apêndice B .....	64
Apêndice C .....	66
Apêndice D .....	90

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do Estudo .....	17
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas e clínicas da amostra na baseline (n=203).....	18
<b>Tabela 2.</b> Resultados do teste de Qui-Quadrado para variáveis categóricas e do teste de Mann-Whitney (amostras independentes) para variáveis contínuas .....	19
<b>Tabela 3.</b> Frequência das atividades limitadas no RMDQ na baseline (n=203), por categorias de risco classificadas pelo SBST .....	21
<b>Tabela 4.</b> Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov relativos à normalidade das variáveis END e RMDQ nos três momentos de avaliação.....	22
<b>Tabela 5.</b> Resultados do coeficiente de correlação de Spearman relativo à correlação das variáveis END e RMDQ nos três momentos de avaliação .....	23
<b>Tabela 6.</b> Frequência da incapacidade persistente (RMDQ $\geq$ 7; RMDQ $\geq$ 4) e da dor persistente (END $\geq$ 3) aos 2 e 6 meses e aos 6 meses .....	24
<b>Tabela 7.</b> ORs (Intervalo de Confiança a 95%) das associações entre indicadores de prognóstico e elevada incapacidade a 2 e 6 meses (n=176) ...	26
<b>Tabela 8.</b> ORs (Intervalo de Confiança a 95%) das associações entre indicadores de prognóstico e elevados níveis de dor a 2 e 6 meses (n=176) ..	29



## LISTA DE ABREVIATURAS

**ACES Arrábida** - Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida  
**ARS-LVT** - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
**CES** - Comissão de Ética para a Saúde  
**DMCI** - Diferença Mínima Clinicamente Importante  
**END** – Escala Numérica da Dor  
**Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal** - EpiReumaPT  
**EVA** – Escala Visual Analógica  
**GBD** - *Global Burden of Diseases*  
**GBRS** – *Global Back Recovery Scale*  
**IC** – Intervalo de Confiança  
**IMC** – Índice de Massa Corporal  
**MG&F** - Medicina Geral e Familiar  
**NPRS** - *Numeric Pain Rating Scale*  
**ODI** - *Owestry Disability Index*  
**OR** – *Odds Ratio*  
**QBPDS** - *Quebec Back Pain Disability Scale*  
**RMDQ** – *Roland Morris Disability Questionnaire*  
**ROC** - *Receiver Operating Characteristics*  
**SBST** – *Keele StarT Back Screening Tool*  
**SIP** – *Sickness Impact Profile*  
**SPSS-26** - *Statistical Package for the Social Sciences®* versão 26  
**UCSP** – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados  
**USF** – Unidades de Saúde Familiar  
**WHO** - *World Health Organization*  
**YLD** - *Years Lived with Disability*

## 1. Introdução

A lombalgia é um sintoma e não uma doença (Maher *et al.*, 2017). O sintoma é definido como dor, tensão muscular ou rigidez localizada entre o bordo inferior da 12<sup>a</sup> costela e as pregas glúteas, com ou sem irradiação para o(s) membro(s) inferior(es) (Koes *et al.*, 2006). Tradicionalmente, a lombalgia é classificada consoante a duração do episódio como aguda, se for inferior a 6 semanas, como sub-aguda entre 6 e 12 semanas e como crónica se superior a 12 semanas (Qaseem *et al.*, 2017).

Relativamente à sua origem, a lombalgia pode ser específica, quando existe uma causa anatómica ou fisiológica identificável, como sejam patologias associadas com acometimento neurológico como estenose medular e radiculopatia ou condições subjacentes como malignidade e fratura (Raison *et al.*, 2014), ou não específica quando a sua causa não é conhecida (Maher *et al.*, 2017).

A esmagadora maioria dos utentes (aproximadamente 90%) que recorrem aos cuidados de saúde primários, tem um episódio de lombalgia não específica. Dos restantes (com patologia específica), 4% têm hérnia de disco, 4% fratura osteoporótica por compressão, 3% estenose do canal lombar, 2% espondilolistese, 2% doença visceral, 0,7% neoplasia, 0,3% espondilartrite e 0,01% infeção (Deyo & Weinstein, 2001).

A lombalgia é um sintoma com elevada incidência e prevalência. Na revisão sistemática realizada por Hoy *et al.* (2010), a incidência a um ano de pessoas que tiveram um primeiro episódio de lombalgia situou-se no intervalo de 6,3% a 15,4% e a incidência a um ano de pessoas que tiveram um qualquer episódio de lombalgia (primeiro ou recorrente) situou-se entre 1,5% a 36%.

Os resultados do estudo *Global Burden of Diseases* (GBD) de 2010 (Hoy *et al.*, 2014) apontam uma prevalência global de 9,4% para a lombalgia. Das 291 condições estudadas neste estudo, a lombalgia foi classificada em sexto lugar em termos de maior impacto global. Em 2015, a prevalência pontual global de lombalgia que causa limitação na atividade era de 7,3%, sugerindo que 540 milhões de pessoas são afetadas num qualquer momento das suas vidas (Hartvigsen *et al.*, 2018).

Em Portugal, foi desenvolvido um estudo epidemiológico, com uma amostra representativa da população portuguesa, constituída por 10661 participantes, realizado no âmbito do Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal (*EpiReumaPT*). Os resultados identificaram a lombalgia como a condição reumática e musculoesquelética com maior prevalência no país (26,4%; 95% IC 23,3%-29,5%). A prevalência desta condição é significativamente mais elevada no género feminino do que no género masculino (29,6% vs 22,8%;  $p=0,040$ ), assim como na faixa etária dos 46-55 anos (27,7%; 95% IC 23,1%-32,4%) (Branco *et al.*, 2016). Com recurso aos dados desta investigação, foi realizado um estudo secundário com o objetivo de identificar qual a prevalência de lombalgia crónica ativa (definida como dor auto-reportada no dia da entrevista e na maioria dos dias, num período de 90 dias) na população adulta portuguesa. O resultado foi uma prevalência global ativa de 10,4% (95% IC 9,6%-11,9%). Uma vez mais, a prevalência foi superior nas mulheres do que nos homens (14,1% vs 6,3%) (Gouveia *et al.*, 2016).

Apesar da elevada incidência e prevalência, a lombalgia aguda tem um curso clínico favorável sendo expectável que exista uma redução marcada da dor e da incapacidade nas primeiras 6 a 8 semanas (Menezes Costa *et al.*, 2012; Artus *et al.*, 2014). Na revisão sistemática de Menezes Costa *et al.* (2012) acerca do prognóstico da lombalgia aguda e da persistente, a média encontrada para a intensidade da dor no grupo da lombalgia aguda foi de 52 (95% IC 48-57) na *baseline* e de 23 (95% IC 21-25) às 6 semanas. Também no estudo de coorte prospetivo de Grotle *et al.* (2005), que analisou o curso clínico da lombalgia numa população com dor aguda, foi observada uma redução significativa da intensidade da dor, de 53% ( $p<0,001$ ), nas primeiras 3 semanas. O mesmo se verificou para a incapacidade (avaliada através do Roland Morris Disability Questionnaire - RMDQ), existindo uma redução de 64% ( $p<0,001$ ) durante o primeiro mês. No entanto, importa referir que após 3 meses, 24% da amostra deste estudo mantinha limitações na atividade em consequência da lombalgia. Também no estudo de Menezes Costa *et al.* (2009), e após as primeiras 6 a 8 semanas, a possibilidade de melhoria desacelera e a probabilidade de desenvolvimento de lombalgia persistente e

incapacitante aumenta para aproximadamente 40% dos utentes estudados. Esta tendência foi também reportada no estudo de coorte prospetivo de Mehling *et al.* (2012) no qual 13% dos utentes desenvolveu lombalgia crónica após 6 meses, e 19% ao final de 2 anos.

Em estudos realizados com amostras de utentes com lombalgia persistente e incapacitante (crónica), a melhoria substancial também ocorre nas primeiras 6 semanas, mas a redução dos sintomas é menor e no final observam-se níveis de intensidade da dor e incapacidade consideráveis. Por exemplo, na revisão sistemática de Menezes Costa *et al.* (2012) o valor médio estimado para a intensidade da dor foi de 51 (95% IC 44-59) na *baseline* e de 33 (95% IC 29-38) às 6 semanas. No estudo de Verkerk *et al.* (2013), a intensidade da dor (medida através da Escala Visual Analógica - EVA) era de 55,5 ( $\pm 23,0$ ) na *baseline*, e de 37,0 ( $\pm 23,8$ ) aos 2 meses de *follow-up*. Relativamente à incapacidade [medida através da *Quebec Back Pain Disability Scale* – QBPDS (0-100)], e apesar de se verificar uma redução importante da *baseline* (51,7 $\pm$ 15,6) para os 2 meses (31,7 $\pm$ 15,2), observaram-se ainda níveis de incapacidade consideráveis, e tal como no estudo de Menezes Costa *et al.* (2012), após este período de tempo, as melhorias observadas foram mínimas.

Também num estudo realizado com uma amostra de utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários em Sydney, na Austrália, os resultados obtidos mostram que 72% dos utentes com lombalgia aguda recuperaram completamente em 12 meses (Henschke *et al.*, 2008), ao passo que apenas 42% dos utentes com lombalgia persistente recuperaram no mesmo período de tempo (da Costa *et al.*, 2009).

A possibilidade de um episódio de lombalgia aguda se transformar numa condição persistente e incapacitante tem sido associada a diferentes fatores, em particular, à presença de fatores psicológicos e comportamentos mal adaptados em relação à dor, tais como depressão, ansiedade, catastrofização e baixa auto eficácia, bem como a elevados níveis de intensidade da dor e nível de incapacidade funcional (Hartvingsen *et al.* 2018; Chou & Shekelle, 2010).

Os resultados de um estudo de coorte prospetivo, realizado nos Estados Unidos da América, e com um *follow-up* de 6 meses, indicaram que o

estado psicológico, sintomas depressivos e a intensidade da dor na *baseline* são preditivos do estado de recuperação (George & Beneciuk, 2015). Uma revisão sistemática identificou a baixa auto eficácia, a instabilidade psicológica e o medo como fatores explicativos do desenvolvimento de incapacidade (Lee *et al.*, 2015). Também a revisão sistemática de Pincus *et al.* (2002) já tinha demonstrado a implicação de fatores psicológicos no desenvolvimento da cronicidade da condição.

Num estudo realizado no Reino Unido, com um *follow-up* de 12 meses, o nível de incapacidade na *baseline* (medido através do RMDQ) é responsável pela maior proporção de variação da incapacidade entre a avaliação inicial e os 12 meses. A proporção da variação é de 32% na amostra de utentes com lombalgia aguda e de 44% na amostra de utentes com lombalgia crónica (Grotle *et al.*, 2010).

Num outro estudo, realizado também no Reino Unido, os autores pretendiam perceber quais os fatores de prognóstico responsáveis pela persistência da condição numa amostra de utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários. O fator que contribuiu com a proporção mais elevada foi a intensidade da dor na *baseline*, indicando que 68% dos utentes com lombalgia persistente mantém a condição devido à elevada intensidade de dor que apresentavam na *baseline*. Se o utente apresentar este fator de risco juntamente com incapacidade funcional elevada na *baseline*, a proporção sobe para 72% e tem quase 7 vezes (RR = 6,9) mais probabilidade de desenvolver uma condição persistente do que um utente que não apresente estes fatores de risco (Dunn *et al.*, 2011).

Um estudo realizado com uma amostra representativa de utentes com lombalgia não específica que recorrem aos cuidados de saúde primários na Austrália mostrou que os fatores que aumentam o risco de persistência da lombalgia são idade avançada, baixa remunerada, intensidade da dor elevada, maior duração da lombalgia antes da consulta, mais dias de atividade reduzida por causa da lombalgia, sintomas de depressão e uma perceção de risco de persistência da condição (Henschke *et al.*, 2008).

Para além da identificação de fatores associados ao desenvolvimento da lombalgia persistente e incapacitante, têm sido também realizados estudos

que procuram identificar quais os fatores associados a resultados de tratamento pobres ou inefetivos. Numa amostra de utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários, representativa da população do Reino Unido, e com um *follow-up* de 5 anos, os fatores preditivos para obtenção de resultados pobres com o tratamento foram uma intensidade da dor elevada no momento da primeira avaliação e a perceção dos utentes que a sua condição irá durar muito tempo (Campbell *et al.*, 2013).

Os fatores de prognóstico anteriormente referidos e que são modificáveis pelo tratamento foram recentemente agrupados num instrumento de triagem [*Keele STarT Back Screening Tool* (SBST)] do risco de pessoas com lombalgia desenvolverem dor persistente e incapacitante (Hill *et al.*, 2008). Baseado na pontuação total e na subescala psicossocial do SBST, os utentes categorizados de elevado risco têm presente níveis elevados de fatores de prognóstico psicossociais com ou sem a presença de fatores físicos; os de médio risco têm fatores físicos e psicológicos mas com níveis baixos de fatores psicossociais e os de baixo risco têm a presença de poucos fatores de prognóstico (Hay *et al.*, 2008).

Em síntese, a lombalgia causa um impacto substancial aos indivíduos e às suas famílias, comunidades e sistemas de saúde. Isto inclui dor, limitação na atividade, restrição na participação, impacto na carreira, utilização de recursos de saúde e impacto financeiro. O impacto e as consequências da lombalgia variam significativamente entre e dentro das populações, dependendo do estatuto socioeconómico, acesso aos serviços de saúde, perceção de dor e outros fatores associados ao início e prognóstico da lombalgia (Hoy *et al.*, 2010).

Resultados do GBD mostram que a lombalgia é a principal causa de anos vividos com incapacidade (*years lived with disability* – YLD) tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, causando mais incapacidade do que qualquer outra condição e sendo a principal responsável pela limitação na atividade e absentismo laboral em quase todo o mundo (Hoy *et al.*, 2014). Em 2015 verificou-se que a lombalgia foi responsável por 60,1 milhões de YLDs, um aumento de 54% desde 1990. Menos de 28% dos casos prevalentes (n=151 milhões) foram classificados nas categorias de dor severa

e dor muito severa, contudo, estes casos correspondem a 77% da incapacidade total provocada pela lombalgia (46,5 milhões de YLDs). É expectável que o impacto global da lombalgia continue a aumentar ao longo das próximas décadas (Hartvigsen *et al.*, 2018).

Em Portugal, as estimativas do GBD estão em conformidade com os dados internacionais, sendo a cervicalgia e a lombalgia responsáveis por 88,5% do total de YLDs, existindo um aumento significativo da sua prevalência ao longo das últimas décadas (Hoy *et al.*, 2014; Global Health Metrics, 2017). No estudo de Gouveia *et al.* (2016) foi analisada a associação da lombalgia crónica ativa na população adulta portuguesa com custos intangíveis, diretos e indiretos, quando comparada com população sem lombalgia crónica. Em relação aos custos intangíveis, os resultados indicam pontuações mais baixas de qualidade de vida ( $\beta=-0,19$ ;  $p<0,001$ ), maiores níveis de incapacidade ( $\beta=0,35$ ;  $p<0,001$ ) e de presença de sintomas de ansiedade (OR 2,77;  $p<0,001$ ) e de depressão (OR 2,18;  $p<0,001$ ) em utentes com lombalgia crónica ativa. Relativamente aos custos diretos, a presença de lombalgia crónica ativa está associada a um maior recurso de cuidados de saúde, como consultas médicas ( $\beta=2,65$ ;  $p=0,018$ ). Analisando os custos indiretos, os pedidos de reforma antecipada foram significativamente mais elevados (OR 1,88;  $p=0,002$ ) em utentes com lombalgia crónica ativa.

A lombalgia é mais prevalente e tem mais impacto nas populações que trabalham, e, nas pessoas com mais idade, está associada a um aumento da limitação nas atividades do dia-a-dia (Hartvigsen *et al.*, 2018). Froud *et al.* (2014) realizaram uma revisão sistemática acerca do impacto da lombalgia nas atividades dos utentes. Os resultados mostram que a perda de função compromete a capacidade de realizar atividades. O maior impacto analisado foi nas atividades domésticas, atividades de lazer e no planeamento de atividades futuras. São reportadas também dificuldades com o repouso e o sono. Os participantes do estudo descreveram dificuldades na realização de atividades como jardinagem, tarefas domésticas e ir às compras (Hush *et al.*, 2010; Layzell, 2001; Tavafian *et al.*, 2008). Muitos utentes enfatizaram a necessidade de vigilância e de tomar analgésicos com o objetivo de assegurar a função e

possibilitar a atividade e participação (Crowe *et al.*, 2010; Snelgrove & Liossi, 2009).

Embora existam estudos que descrevam atividades comprometidas em utentes com lombalgia, não se sabe especificamente quais as atividades funcionais mais limitadas. O RMDQ (Roland & Morris, 1983) é um instrumento de medida do estado de saúde, concebido para ser preenchido pelos utentes, para avaliar a incapacidade física causada pela lombalgia. Foi primeiramente criado para uso em investigação (como uma medida de resultado para ensaios clínicos) mas tem-se revelado útil para monitorizar utentes na prática clínica, assim como para a sua combinação com outras medidas de função em contextos de investigação. Foi originalmente desenhado para uso nos cuidados primários no Reino Unido mas tem sido utilizado em vários contextos (Roland & Fairbank, 2000).

O RMDQ deriva do *Sickness Impact Profile* (SIP) (Beaton *et al.*, 2000), um instrumento de medida do estado de saúde com 136 itens que cobre todos os aspetos da função física e mental. Os autores originais selecionaram 24 itens do SIP, relacionados especificamente com funções físicas possíveis de serem afetadas pela lombalgia. Cada item foi qualificado com a frase “*because of my back pain*” – “por causa das minhas costas” com o intuito de distinguir a incapacidade causada pela lombalgia da incapacidade causada por outros fatores. Os utentes, na generalidade, são capazes de fazer esta distinção sem dificuldade (Ren, 1998).

Os itens que fazem parte deste instrumento representam a execução de atividades diárias físicas e de funções que podem ser afetadas pela lombalgia, como tarefas domésticas, sono, mobilidade, vestir-se, procurar ajuda, apetite, irritabilidade e severidade da dor. Dos 24 itens que compõem este instrumento, 15 relacionam-se com a categoria física, 3 com o repouso e sono, 2 com o contexto psicossocial, 2 com a gestão da casa e 1 com a alimentação. O item adicional (“*my back is painful almost all the time*” – “as minhas costas estão quase sempre a doer”) está relacionado com a frequência da dor (Smeets *et al.*, 2011).

Embora existam estudos que descrevam atividades comprometidas em utentes com lombalgia, não se sabe especificamente quais as atividades



funcionais mais limitadas, especificamente as atividades do RMDQ. Além disso, também não existem trabalhos cujo objetivo seja estudar as diferenças entre pessoas classificadas em diferentes grupos de risco pelo SBST e as atividades funcionais comprometidas pela dor. Por outro lado, a informação existente acerca da relação entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional ou sobre os fatores associados à maior probabilidade de desenvolver dor persistente e incapacitante (crónica) é escassa e por vezes contraditória.

Assim, os objetivos deste trabalho são identificar as atividades funcionais mais frequentemente limitadas em indivíduos com lombalgia, verificar se a intensidade da dor está associada à incapacidade funcional e estudar quais os fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante, em indivíduos com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários. Adicionalmente pretende-se estudar as diferenças entre pessoas classificadas em diferentes grupos de risco pelo SBST e as atividades funcionais limitadas.

Este estudo irá contribuir para um melhor conhecimento da lombalgia na medida em que, sabendo quais as atividades funcionais mais limitadas em cada grupo de risco e conhecendo os fatores de prognóstico para a obtenção de resultados pobres, será possível adequar as tipologias de intervenção à categoria de risco de cada utente, tornando relevante e significativa a investigação nesta área.

## **2. Metodologia**

Foi realizado um estudo de coorte prospetivo observacional, no período de fevereiro de 2018 a Dezembro de 2018, cuja amostra foi composta por indivíduos com lombalgia que recorreram aos cuidados de saúde primários das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACES Arrábida), pertencentes à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT). O presente estudo de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ARS-LVT. Os participantes tomaram conhecimento e concordaram em participar no estudo através da assinatura de um consentimento informado.

Os utentes foram recrutados durante a consulta médica, sendo potenciais candidatos aqueles que fossem diagnosticados pelos médicos de medicina geral e familiar (MG&F) das unidades do ACES Arrábida parceiras do estudo, com lombalgia não específica, de qualquer duração, através dos seguintes códigos: L03 – Sinais e sintomas da região lombar, L84 - Síndromes da coluna sem irradiação de dor e L86 – Síndrome vertebral com irradiação de dores, da Classificação Internacional da Assistência Primária, versão portuguesa de *International Classification of Primary Care* (ICPC-2), utilizada pelos médicos MG&F (Organização Mundial de Médicos de Família, 2011).

Na consulta médica foram definidos e aplicados pelos médicos de MG&F os seguintes critérios de inclusão: ter lombalgia, idade compreendida entre os 18-65 anos, e que saibam ler e escrever Português Europeu, de forma a garantir o preenchimento dos diferentes instrumentos de avaliação. Foram excluídos os utentes com dor lombar de origem específica, por infeção, tumor, fratura e/ou doença inflamatória; com presença de patologia específica, tais como sintomas de compressão radicular, doença inflamatória e/ou infecciosa, doença sistémica, dor de origem visceral/maligna, fratura ou risco de fratura; que tenham realizado cirurgia lombar recentemente (nos últimos 6 meses) e mulheres grávidas ou até 6 meses após o parto, à data da consulta.

Para efeitos do recrutamento dos utentes, foi previamente realizada uma sessão de esclarecimento a todas as USF/UCSP parceiras, onde se procedeu

à apresentação do estudo e explicação acerca dos procedimentos de seleção, convite e referenciação de utentes para o estudo.

Durante o período de recrutamento, e em cada USF/UCSP, foram realizadas reuniões com os médicos de MG&F com o objetivo de manter os níveis de referenciação.

Todos os participantes foram recrutados na consulta de MG&F das USF/UCSP, de acordo com os seguintes procedimentos: no final da consulta, os utentes diagnosticados com os códigos acima referidos, foram convidados a participar no estudo pelo respetivo médico de MG&F. Os utentes que aceitaram participar foram enviados ao investigador colaborador que se encontrava em cada unidade parceira. Assim, os participantes foram recrutados de forma sequencial, sendo que um investigador esteve cerca de 4/5 semanas em cada uma das unidades selecionadas para o estudo. Todos os utentes encaminhados pelos médicos de MG&F foram informados pelo investigador colaborador acerca do estudo de acordo com as informações disponíveis no folheto informativo do mesmo, tendo sido assegurado o anonimato e confidencialidade. Adicionalmente, foi-lhes solicitado o preenchimento do consentimento informado por escrito (Apêndice A).

Após a consulta médica, os utentes que concordaram em participar no estudo preencheram os instrumentos de medida referentes à avaliação inicial (*baseline*). Os instrumentos incluíam um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a Escala Numérica da Dor (END), e as versões portuguesas dos questionários RMDQ (Monteiro *et al.*, 2010) e SBST (Raimundo *et al.*, 2017). Estes instrumentos de avaliação foram aplicados sob forma de entrevista, com o intuito de homogeneizar o método de recolha de dados nos três momentos de avaliação (*baseline*, 2 e 6 meses) e minimizar a perda de participantes nos *follow-ups* do estudo. O tempo utilizado para preenchimento dos instrumentos foi de 15 minutos.

No final da avaliação inicial foi combinado contato telefónico com o utente para as reavaliações aos 2 e 6 meses, conforme explicado no folheto explicativo do estudo e acordado no consentimento informado. Ambas as reavaliações foram realizadas pelo mesmo investigador por entrevista telefónica, em horário definido pelo participante e com duração inferior a 20

minutos. Nas duas reavaliações, foram aplicados os mesmos instrumentos de medida utilizados na *baseline* (com exceção do questionário de caracterização sociodemográfica e clínica), aos quais foi acrescentada a versão portuguesa da *Global Back Recovery Scale* (GBRS) (Freitas *et al.*, 2019).

## **2.1. Instrumentos de Recolha de Dados**

### **2.1.1. Questionário sociodemográfico e clínico**

O questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica (Apêndice B) utilizado incluiu duas secções: dados sociodemográficos [idade, género, situação familiar, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), nível de escolaridade, situação profissional, ausência do trabalho e situação de baixa remunerada]; e dados clínicos (duração da lombalgia, presença de dor irradiada para o membro inferior, incapacidade funcional, intensidade da dor e qualidade de vida relacionada com a saúde na *baseline*).

### **2.1.2. Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)**

A incapacidade associada à dor lombar foi avaliada através da versão portuguesa do RMDQ, um instrumento de auto-preenchimento, específico para a dor lombar, relacionado com atividades funcionais do dia a dia. Contém 24 questões, de resposta dicotómica, “sim” ou “não”. As questões dizem respeito ao dia em que o questionário é aplicado. O resultado final corresponde à soma das questões respondidas com “sim”. A pontuação pode variar entre 0 a 24, correspondendo 0 a um utente sem limitações e 24 a uma pessoa com limitações graves (Monteiro *et al.*, 2010).

As pontuações do RMDQ correlacionam-se com outras medidas de função, incluindo a QBPDS (Kopec & Esdaile, 1996) e a *Owestry Disability Index* (ODI) (Leclaire *et al.*, 1997), apresentando boa validade de construto do instrumento na sua versão original, como demonstrado no estudo de Reneman *et al.* (2002) que verificaram que o RMDQ apresenta uma elevada correlação com a QBPDS ( $r=0,60$ ;  $p<0,01$ ) e com a ODI ( $r=0,50$ ;  $p<0,01$ ).

No estudo de Stratford *et al.* (1996) a fiabilidade teste-reteste teve um valor de 0,91 (IC 90%) num período de tempo inferior a 2 semanas e 0,86 (IC 90%) num período de tempo compreendido entre 3 a 6 semanas.

Em relação à versão portuguesa deste instrumento, o resultado da medida de consistência interna, calculada através do  $\alpha$  de *Cronbach* foi de 0,81 e de estabilidade temporal (correlação no teste-reteste) foi de 0,86, indicando que o RMDQ possui níveis de fidelidade elevados. No que diz respeito à validade de construto, verificou-se que a pontuação no RMDQ se correlaciona de forma elevada com a END, com um valor de  $r=0,73$  ( $p<0,001$ ) e se correlaciona de forma moderada com o Teste de Schober e o grau de flexão anterior da coluna (respetivamente,  $r=-0,52$  e  $r=0,42$ ;  $p<0,001$ ). Esta análise psicométrica mostrou que o RMDQ fornece medidas fiáveis e válidas de incapacidade para o utente com lombalgia, encontrando-se assim adaptado e validado para a população portuguesa (Monteiro *et al.*, 2010).

A Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) estabelecida para a RMDQ é de 30% ou de 5 pontos (Jordan *et al.*, 2006; Stratford *et al.*, 1996), sendo que pontuações iguais ou superiores a 7 na RMDQ estão associadas a um elevado risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (Hill *et al.*, 2008).

### 2.1.3. Escala Numérica da Dor (END)

A intensidade da dor foi avaliada através da END, que consiste numa escala de medição, unidimensional, que avalia a perceção da intensidade da dor (Ferreira-Valente *et al.*, 2011). É de auto-preenchimento e apresenta 11 pontos, em que 0 representa “ausência de dor” e 10 “a pior dor imaginável” (Katz & Melzack, 1999). Para o seu preenchimento é pedido ao utente que selecione o número que melhor representa a sua dor num determinado momento ou período retrospectivo de tempo (Hawker *et al.*, 2011).

Em relação às propriedades psicométricas da END, a fiabilidade teste-reteste teve um valor de 0,61 (0,30-0,77) após uma semana de fisioterapia. O estudo de Alghadir *et al.*, (2018), obteve uma fiabilidade teste-reteste de 0,95 (0,93-0,96). Num estudo desenvolvido por Childs *et al.*, (2005), com uma amostra de utentes com lombalgia, os autores calcularam o poder de resposta (área sob a curva ROC) para a END à 1 semana de *follow-up*, obtendo o valor

de 0,72 (0,62-0,81) e às 4 semanas de *follow-up* de 0,92 (0,86-0,97). Para utentes com lombalgia, a DMCI da END é de 30% ou de 2 pontos (Ostelo *et al.*, 2008).

#### 2.1.4. Keele STarT Back Screening Tool (SBST)

O risco de desenvolver dor persistente e incapacitante ( $RMDQ \geq 7$ ) foi avaliado através do SBST, um questionário de autopreenchimento composto por nove questões. Os quatro primeiros itens estão relacionados com a localização da dor sentida pelo utente e limitação em atividades funcionais. Os restantes cinco itens formam uma subescala psicossocial relacionada com sentimentos de medo, ansiedade, catastrofização, depressão e desconforto. A resposta é dicotómica, “não concordo”=0; “concordo”=1, exceto o item relacionado com desconforto onde é utilizada uma escala de Likert com cinco opções (as primeiras três opções pontuadas com 0 e as restantes pontuadas com 1 ponto). As questões dizem respeito às duas semanas anteriores ao seu preenchimento. O resultado final corresponde à soma das respostas e pode variar entre 0 e 9. De acordo com a pontuação obtida, é possível categorizar o utente no respetivo subgrupo de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante em baixo, médio e elevado risco. Se a pontuação total obtida for inferior ou igual a 3, o utente apresenta baixo risco. Se a pontuação for superior a 3, é realizada a sub-pontuação das questões 5 a 9 (pontuação psicossocial). Se esse resultado for inferior ou igual a 3, o utente apresenta médio risco e se for superior a 3 apresenta elevado risco (Raimundo *et al.*, 2017; Hill *et al.*, 2008).

As propriedades psicométricas da versão original deste instrumento foram estimadas. Numa primeira fase, calculou-se a validade discriminativa (área sob a curva ROC) que teve resultados entre 0,73 (IC 95% 0,64–0,81) para dor referida para o membro inferior e 0,92 (IC 95% 0,88–0,97) para incapacidade. A consistência interna, calculada através do  $\alpha$  de Cronbach teve um valor de 0,79 para o valor total da escala e de 0,74 para a subescala psicossocial e a fiabilidade teste-reteste teve um valor de Kappa de 0,73 (IC 95% 0,57-0,84) para o instrumento no geral e 0,69 (IC 95% 0,51-0,81) para a subescala psicossocial. Numa segunda fase, foi utilizada uma nova amostra independente para os cálculos da sensibilidade, especificidade e rácios de

probabilidade. Os resultados obtidos mostram que o instrumento tem capacidade para prever baixa incapacidade aos 6 meses ( $RMDQ \geq 7$ ). A sensibilidade foi de 80,1% e especificidade de 65,4%. O rácio de probabilidade negativo teve o valor de 0,30 (0,23–0,40) e o rácio de probabilidade positivo de 2,32 (1,96–2,76) (Hill *et al.*, 2008).

Em relação à versão portuguesa deste instrumento, a fiabilidade teste-reteste teve um valor de *Kappa* de 0,74 (IC 95% 0,53-0,95) para o instrumento no geral e de 0,76 (IC 95% 0,52-0,89) para a subescala psicossocial. Os resultados de consistência interna foram de 0,93 para o instrumento no geral e de 0,91 para a subescala psicossocial (Raimundo *et al.*, 2017). Este instrumento demonstrou uma consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach*) de 0,67 para a pontuação total e de 0,54 para a subescala psicossocial, não existindo redundância de itens e com uma correlação moderada destes com as pontuações da escala (Martins & Cruz, 2020). O instrumento demonstrou capacidade aceitável a excelente para discriminar entre indivíduos com pontuações acima e abaixo da pontuação de referência para a incapacidade ( $RMDQ \geq 7$ ) (área sob a curva ROC=0,84; IC 95% 0,79-0,90;  $p=0,005$ ) e para a intensidade da dor ( $END \geq 5$ ) (área sob a curva ROC=0,74; IC 95% 0,69-0,80;  $p=0,005$ ). Relativamente à validade de constructo convergente, este instrumento demonstrou ainda uma correlação positiva e significativa moderada entre a média das pontuações (total e da subescala psicossocial, respetivamente) da versão portuguesa do SBST e a média das pontuações do RMDQ ( $r=0,67$ ;  $p=0,001$ ) e END ( $r=0,48$ ;  $r=0,44$ ;  $p=0,001$ ). Assim, a versão portuguesa deste instrumento é confiável e válida, permitindo discriminar a médio prazo (6 meses) indivíduos com níveis elevados de incapacidade e intensidade da dor (Martins & Cruz, 2020).

## **2.2. Critérios utilizados na definição de dor persistente e incapacitante**

Com base nos resultados do estudo realizado por Hill *et al.*, (2008) e por Rundell *et al.*, (2017) foram definidos três critérios para classificar a condição de lombalgia persistente e incapacitante (variáveis dependentes): os primeiros dois critérios são relativos à pontuação do RMDQ, e são a presença de uma

pontuação $\geq 7$  (Hill *et al.*, 2008) e de uma pontuação $\geq 4$  (Rundell *et al.*, 2017). O último critério refere-se a uma pontuação $\geq 3$  na END (Rundell *et al.*, 2017).

A análise de cada um destes critérios foi realizada considerando os resultados obtidos pelos utentes no *follow-up* dos 6 meses, bem como os utentes que simultaneamente mantiveram pontuações acima dos valores de referência indicados (RMDQ $\geq 4$ ; RMDQ $\geq 7$ ; END $\geq 3$ ), aos 2 e aos 6 meses.

### **2.3. Análise de Dados**

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 26 (SPSS-26) para o sistema operativo *Microsoft Windows*. A significância estatística foi estabelecida para  $p < 0,05$ .

A análise dos dados recolhidos foi realizada com base na amostra total dos utentes incluídos no estudo, tendo sido realizada uma análise estatística descritiva das características sociodemográficas e clínicas dos utentes, com recurso a medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão, respetivamente) para as variáveis numéricas, e a medidas de distribuição de frequências para as variáveis nominais e ordinais.

Foi realizada a análise e comparação das características clínicas dos utentes que abandonaram o estudo (*dropouts*) e dos utentes que se mantiveram na investigação. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado para as variáveis categóricas na *baseline*. Dada a não normalidade dos dados utilizou-se o teste de Mann-Whitney para amostras independentes para as variáveis contínuas. As associações são estatisticamente significativas quando os valores de significância são inferiores a 0,05.

Com recurso à estatística descritiva, analisou-se as atividades funcionais afetadas mais frequentemente reportadas pelos participantes através do RMDQ, com recurso a medidas de distribuição de frequências. Além da frequência total de amostra, procedeu-se ao cálculo da frequência por cada grupo de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, avaliado pelo SBST. Adicionalmente, calculou-se as médias da pontuação total do RMDQ para cada grupo de risco.



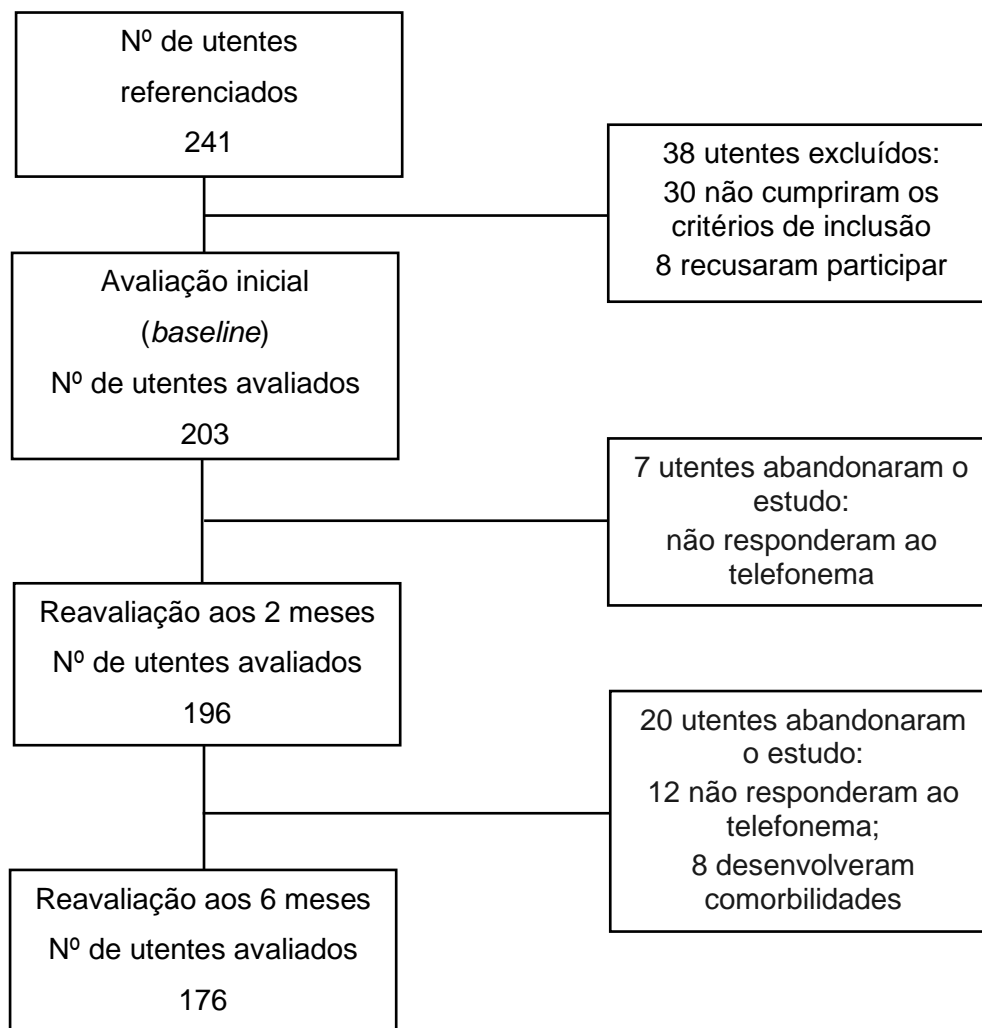
Foi analisada a associação entre a intensidade da dor reportada (através da END) e a incapacidade funcional reportada (através do RMDQ) em cada momento de avaliação (*baseline*, 2 e 6 meses). De forma a determinar a abordagem estatística a utilizar procedeu-se inicialmente ao estudo da normalidade das variáveis nos três momentos de avaliação, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez que se verificou que os dados não seguiam uma distribuição normal, foi aplicado o coeficiente de correlação de *Spearman* (teste não-paramétrico).

Posteriormente foi realizada uma regressão logística binária com o objetivo de identificar fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante. Para isso realizou-se o cálculo e a análise das frequências das variáveis dependentes. As características sociodemográficas e clínicas e as atividades limitadas (questões do RMDQ) na avaliação inicial foram definidas como as variáveis independentes. Foi feita a análise da associação (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% entre as diferentes variáveis independentes e a variável dependente. Esta associação foi realizada com recurso à regressão logística binária (análise univariada) para cada uma das variáveis dependentes definidas (Apêndice C). Para as questões do RMDQ da *baseline*, foram consideradas as atividades reportadas por mais de 65% dos participantes. Após a análise univariada, verificaram-se quais as variáveis com significância estatística ( $p < 0,2$ ) e recorreu-se à regressão logística binária (análise multivariada) para cada variável dependente (Apêndice D). Desta análise resultaram as variáveis estatisticamente significativas que são fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante.

A aptidão discriminativa do modelo foi avaliada com recurso à área sob a curva ROC. A classificação utilizada para qualificar o poder discriminante do modelo é a proposta por Marôco (2010), na qual uma área sob a curva ROC inferior a 0,5 indica que o modelo não tem poder discriminativo; valores entre 0,5 e 0,7 indicam uma discriminação fraca; entre 0,7 e 0,8 a discriminação é aceitável; entre 0,8 e 0,9 a discriminação é boa e valores iguais ou superiores a 0,9 assinalam que o poder discriminativo é excecional.

### 3. Apresentação dos Resultados

Foram referenciados para o estudo um total de 241 utentes, através das USF/UCSP parceiras, sendo que 38 foram excluídos devido a não cumprirem os critérios de inclusão ou por recusa em participar no estudo. A Figura 1 representa o fluxograma do estudo.



**Figura 1** - Fluxograma do Estudo

#### 3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A amostra inicial foi composta por 203 utentes com lombalgia que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão, assinaram o consentimento informado e preencheram os instrumentos de avaliação inicial.

A maioria dos participantes referiu lombalgia há mais de 12 semanas (54,7%) e dor irradiada para o membro inferior (57,6%). A média de intensidade

da dor (avaliada através do instrumento END) foi de 4,97 ( $\pm 2,51$ ) e a média da incapacidade funcional (avaliada através do instrumento RMDQ) foi de 11,68 ( $\pm 5,82$ ). Relativamente ao risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (avaliada através do instrumento SBST), 21,2% dos utentes foram classificados na categoria de baixo risco, 53,7% no médio risco e 25,1% no elevado risco. As restantes características sociodemográficas e clínicas da amostra total estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e clínicas da amostra na baseline (n=203)

n (%) ou média ( $\pm$ DP)		
Características sociodemográficas	Idade (anos)	48,25 ( $\pm 11,24$ )
	Género	Feminino 123 (60,6%)
		Masculino 80 (39,4%)
	IMC	Baixo peso ou peso normal 79 (38,9%)
		Excesso de peso ou obesidade 124 (61,1%)
	Situação familiar	Vive sozinho 74 (36,5%)
		Vive acompanhado 129 (63,5%)
	Habilitações literárias	Ensino básico ou inferior 115 (56,7%)
		Ensino secundário ou superior 88 (43,3%)
	Situação profissional	A trabalhar 150 (73,9%)
		Inativo 53 (26,1%)
	Ausência do trabalho	Sim 58 (28,6%)
		Não 145 (71,4%)
Características clínicas	Baixa remunerada	Sim 54 (26,6%)
		Não 149 (73,4%)
	Classificação da dor lombar	Aguda/Sub-aguda (0-12 semanas) 92 (45,3%)
		Crónica (>12 semanas) 111 (54,7%)
	Dor irradiada para o membro inferior	Sim 117 (57,6%)
		Não 86 (42,4%)
	Medicação para a lombalgia	Sim 108 (53,2%)
		Não 95 (46,8%)
	Intensidade da dor reportada (END)	
	4,97 ( $\pm 2,51$ )	
Características clínicas	Risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (SBST)	Baixo risco 43 (21,2%)
		Médio risco 109 (53,7%)
		Elevado risco 51 (25,1%)
	Incapacidade funcional reportada (RMDQ)	
	11,68 ( $\pm 5,82$ )	

Variáveis categóricas: frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Variáveis contínuas: média e  $\pm$  desvio-padrão

### 3.2. Comparação das características da *baseline* entre *dropouts* e utentes que se mantiveram no estudo

Foi realizada a análise e comparação das características clínicas dos utentes que abandonaram o estudo (*dropouts*) e dos utentes que se mantiveram na investigação. Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado para as variáveis categóricas na *baseline*. Dada a não normalidade dos dados utilizou-se o teste de Mann-Whitney para amostras independentes para as variáveis contínuas. Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Resultados do teste de Qui-Quadrado para variáveis categóricas e do teste de Mann-Whitney (amostras independentes) para variáveis contínuas

<b>Teste de Qui-Quadrado</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>Qui-Quadrado de Pearson</b>
Género	0,786
IMC	0,139
Situação Familiar	0,175
Habilitações Literárias	0,477
Situação Profissional	0,335
<b>Classificação da dor lombar</b>	<b>0,017</b>
Dor irradiada para o membro inferior	0,514
Medicação para a lombalgia	0,572
Ausência do trabalho	0,896
Baixa remunerada	0,702
<b>Teste de Mann-Whitney</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>p-value</b>
<b>Idade</b>	<b>0,006</b>
Intensidade da dor reportada (END)	0,476
Risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (SBST) – pontuação total	0,989
Risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (SBST) – pontuação psicossocial	0,383
Incapacidade funcional reportada (RMDQ)	0,831

Verifica-se que as variáveis “classificação da dor lombar” e “idade” mostraram ter associações estatisticamente significativas, com valores de significância de 0,017 e 0,006, respetivamente.

Relativamente à variável “classificação da dor lombar”, verifica-se que a maioria (66,7%) dos participantes que abandonaram o estudo apresentavam dor aguda e os restantes 33,3% dor crónica. Pelo contrário, dos indivíduos que completaram o estudo, a maioria (58,0%) estavam classificados com dor crónica e 42,0% com dor aguda.

Em relação à variável “idade”, os participantes que abandonaram o estudo são mais novos, com uma média de idades de 42,56 ( $\pm 11,34$ ) anos, comparativamente aos participantes que completaram o estudo com uma média de 49,13 ( $\pm 11,00$ ) anos.

### **3.3. Caracterização da limitação de atividades de acordo com as respostas dadas ao RMDQ (por categorias de risco classificadas pelo SBST)**

No que diz respeito à incapacidade funcional, medida pelo RMDQ, no momento inicial da avaliação, 182 (89,7%) utentes assinalaram a questão 2 “Mudo frequentemente de posição para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis”, sendo este o item reportado com mais frequência pela amostra. A afirmação que se seguiu foi a 21 “Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas” com 149 (73,4%) utentes a concordar com a afirmação. O item 11 “Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me” foi o terceiro mais reportado pelos participantes com uma frequência de 140 (69,0%). Seguiu-se a questão 3 “Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas” com uma frequência de 139 (68,5%) e a afirmação 23 “Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual”, à qual 138 (68,0%) utentes responderam afirmativamente.

Em relação às categorias de risco classificadas pelo SBST, 94,1% dos utentes de elevado risco concordaram com a afirmação 2, assim como 94,5% dos utentes de médio risco e 72,1% dos de baixo risco, sendo esta a afirmação mais respondida pelos três subgrupos de participantes. O item 2 foi o único a ser respondido por mais de metade dos utentes pertencentes ao grupo de

baixo risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (72,1%). Em todas as questões, com exceção da 2, a frequência das atividades limitadas aumenta do grupo de baixo risco para o de médio risco e deste para o de elevado risco.

A Tabela 3 apresenta as frequências absoluta e relativa das questões assinaladas com “concordo” pela amostra total e pelos subgrupos classificados pelo SBST.

**Tabela 3.** Frequência das atividades limitadas no RMDQ na baseline (n=203), por categorias de risco classificadas pelo SBST

<b>Questão [Resposta “Concordo”]</b>	<b>Amostra Total n (%)</b>	<b>Baixo Risco (n=43)</b>	<b>Médio Risco (n=109)</b>	<b>Elevado Risco (n=51)</b>
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	69 (44,0%)	0 (0%)	41 (37,6%)	28 (54,9%)
2. Mudo frequentemente de posição para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.	<b>182 (89,7%)</b>	31 (72,1%)	103 (94,5%)	48 (94,1%)
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.	<b>139 (68,5%)</b>	14 (32,6%)	84 (77,1%)	41 (80,4%)
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.	82 (40,4%)	5 (11,6%)	47 (43,1%)	30 (58,8%)
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.	95 (46,8%)	8 (18,6%)	52 (47,7%)	35 (68,6%)
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.	101 (49,8%)	8 (18,6%)	62 (56,9%)	31 (60,8%)
7. Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	114 (56,2%)	12 (27,9%)	68 (62,4%)	34 (66,7%)
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.	50 (24,6%)	3 (7%)	25 (22,9%)	22 (43,1%)
9. Visto-me mais lentamente do que é habitual por causa das minhas costas.	128 (63,1%)	9 (20,9%)	79 (72,5%)	40 (78,4%)
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.	107 (52,7%)	17 (39,5%)	50 (45,9%)	40 (78,4%)
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.	<b>140 (69,0%)</b>	18 (41,9%)	80 (73,4%)	42 (82,4%)
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.	89 (43,8%)	7 (16,3%)	50 (45,9%)	32 (62,7%)
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.	<b>136 (67,0%)</b>	16 (37,2%)	78 (71,6%)	42 (82,4%)
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.	130 (64,0%)	19 (44,2%)	72 (66,1%)	39 (76,5%)
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.	31 (15,3%)	0 (0%)	15 (13,8%)	16 (31,4%)
16. Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.	123 (60,6%)	12 (27,9%)	72 (66,1%)	39 (76,5%)
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.	93 (45,8%)	4 (9,3%)	53 (48,6%)	36 (70,6%)

<b>18.</b> Não durmo tão bem por causa das minhas costas.	104 (51,2%)	16 (37,2%)	53 (48%)	35 (68,6%)
<b>19.</b> Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.	14 (6,9%)	1 (2,3%)	8 (7,3%)	5 (9,8%)
<b>20.</b> Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.	36 (17,7%)	1 (2,3%)	18 (16,5%)	17 (33,3%)
<b>21.</b> Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.	<b>149 (73,4%)</b>	20 (46,5%)	86 (78,9%)	43 (84,3%)
<b>22.</b> Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.	82 (40,4%)	5 (11,6%)	41 (37,6%)	36 (70,6%)
<b>23.</b> Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.	<b>138 (68,0%)</b>	15 (34,9%)	82 (75,2%)	41 (80,4%)
<b>24.</b> Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	38 (18,7%)	0 (0%)	22 (20,2%)	16 (31,4%)
Incapacidade funcional reportada (RMDQ)	11,68 ( $\pm$ 5,82)	5,60 ( $\pm$ 4,11)	12,30 ( $\pm$ 4,82)	15,45 ( $\pm$ 5,03)

Variável categórica: frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Variável contínua: média e  $\pm$  desvio-padrão

### 3.4. Correlação entre a intensidade da dor (média da END) e a incapacidade funcional (pontuação total do RMDQ)

Para determinar a abordagem estatística a utilizar para testar a correlação entre a incapacidade funcional reportada e a intensidade da dor reportada, procedeu-se inicialmente ao estudo da normalidade das variáveis no momento da avaliação inicial (T0), aos 2 meses (T1) e aos 6 meses (T2) utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados da aplicação deste teste estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4.** Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov relativos à normalidade das variáveis END e RMDQ nos três momentos de avaliação

Teste de Kolmogorov-Smirnov			
Variáveis		Estatística de teste	Valor <i>p</i>
<b>T0</b>	<b>END<sup>1</sup></b>	0,129	<0,001
	<b>RMDQ<sup>2</sup></b>	0,093	0,001
<b>T1</b>	<b>END<sup>1</sup></b>	0,209	<0,001
	<b>RMDQ<sup>2</sup></b>	0,160	<0,001
<b>T2</b>	<b>END<sup>1</sup></b>	0,252	<0,001
	<b>RMDQ<sup>2</sup></b>	0,163	<0,001

<sup>1</sup> END – Escala Numérica da Dor; <sup>2</sup> RMDQ – Roland Morris Disability Questionnaire

A não normalidade na distribuição das variáveis em estudo ( $p<0,05$ ) propicia a utilização de uma abordagem não-paramétrica. Assim, com o objetivo de verificar a intensidade da correlação entre as variáveis, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados da aplicação deste teste estão apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5.** Resultados do coeficiente de correlação de Spearman relativo à correlação das variáveis END e RMDQ nos três momentos de avaliação

	<b>Coeficiente de correlação de Spearman (<math>\rho</math>)</b>	<b>Valor <math>p</math></b>
<b>END<sup>1</sup> – RMDQ<sup>2</sup> T0</b>	0,545*	<0,001
<b>END<sup>1</sup> – RMDQ<sup>2</sup> T1</b>	0,761*	<0,001
<b>END<sup>1</sup> – RMDQ<sup>2</sup> T2</b>	0,706*	<0,001

\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

<sup>1</sup> END – Escala Numérica da Dor; <sup>2</sup> RMDQ – Roland Morris Disability Questionnaire

Os resultados do teste de correlação de Spearman permitem determinar que efetivamente existe uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a intensidade da dor (END) e a incapacidade funcional (RMDQ). O valor de correlação obtido qualifica-a como sendo moderada a forte ( $0,6>\rho>0,8$ ) (Chan, 2003), em T1 (aos 2 meses) e em T2 (aos 6 meses), e razoável ( $0,3>\rho>0,5$ ) (Chan, 2003) em T0 (*baseline*). Assim, os valores de correlação obtidos entre a END e o RMDQ sugerem que quanto maior a intensidade da dor, maior a incapacidade funcional, sendo essa relação mais forte em T1, aos 2 meses ( $\rho=0,761$ ;  $p<0,001$ ). Com o tempo, a correlação entre as duas variáveis perde força situando-se, aos 6 meses, no valor de  $\rho=0,706$  ( $p<0,001$ ).

### 3.5. Fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante

Para estudar se as variáveis sociodemográficas e clínicas assim como as atividades limitadas reportadas na *baseline* (questões do RMDQ) são fatores de prognóstico para a cronicidade aos 6 meses, recorreu-se ao cálculo das frequências absoluta e relativa das variáveis dependentes definidas anteriormente, apresentadas na tabela 6. Para as questões do RMDQ da *baseline*, foram consideradas as atividades reportadas por mais de 65% dos



participantes. A tabela apresenta as frequências absoluta e relativa da incapacidade funcional persistente aos 6 meses e aos 2 e 6 meses para os pontos de corte RMDQ $\geq$ 7 e RMDQ $\geq$ 4 e da dor persistente aos 6 meses e aos 2 e 6 meses para o ponto de corte END $\geq$ 3.

**Tabela 6.** Frequência da incapacidade persistente (RMDQ $\geq$ 7; RMDQ $\geq$ 4) e da dor persistente (END $\geq$ 3) aos 2 e 6 meses e aos 6 meses

<b>Instrumentos de medida</b>	<b>2 e 6 Meses (n=176)</b>	<b>6 Meses (n=176)</b>
<b>Incapacidade persistente (RMDQ<sup>1</sup><math>\geq</math>7)</b>	56 (31,6%)	71 (40,1%)
<b>Incapacidade persistente (RMDQ<sup>1</sup><math>\geq</math>4)</b>	80 (45,2%)	101 (57,1%)
<b>Dor persistente (END<sup>2</sup><math>\geq</math>3)</b>	64 (36,0%)	87 (48,9%)

<sup>1</sup> RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire; <sup>2</sup> END: Escala Numérica da Dor

Variável categórica: frequência absoluta (n) e frequência relativa (%)

De seguida, procedeu-se à regressão logística binária para cada uma das variáveis dependentes definidas. A tabela 7 apresenta as associações significativas entre indicadores de prognóstico e elevada incapacidade aos 2 e 6 meses.

Em relação ao critério “incapacidade persistente aos 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 7”, as variáveis estatisticamente significativas foram a idade, a pontuação psicossocial do SBST e a pontuação da incapacidade na *baseline* (RMDQ). Relativamente à idade, a probabilidade de desenvolver incapacidade persistente aos 6 meses aumenta 1,05 vezes por cada ano de idade (OR 1,05; 95% IC 1,02-1,09;  $p=0,003$ ). Em relação à pontuação psicossocial do SBST, por cada ponto na subescala psicossocial, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,50 vezes (OR 1,50; 95% IC 1,11-2,05,  $p=0,009$ ). A probabilidade de desenvolver incapacidade persistente aumenta 1,10 vezes por cada ponto no RMDQ (OR 1,10; 95% IC 1,02-1,18,  $p=0,008$ ). A capacidade discriminativa do modelo foi aceitável com uma área sob a curva de 0,76 (0,69-0,82).

Relativamente ao critério “incapacidade persistente aos 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 4”, as variáveis estatisticamente significativas foram a idade e a pontuação total do SBST. Em relação à idade, a probabilidade de desenvolver incapacidade persistente aos 6 meses aumenta 1,03 vezes por

cada ano de idade (OR 1,03; 95% IC 1,00-1,06;  $p=0,047$ ). Relativamente à pontuação total do SBST, por cada ponto, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,35 vezes (OR 1,35; 95% IC 1,16-1,58;  $p<0,001$ ). A capacidade discriminativa do modelo foi fraca com uma área sob a curva de 0,67 (0,59-0,75).

Para o critério “incapacidade persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte  $RMDQ \geq 7$ ”, as variáveis estatisticamente significativas foram a questão 21 do RMDQ e a pontuação total do SBST. Os utentes que assinalaram “discordo” na questão 21 do RMDQ (“Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas”) têm 78% menor probabilidade de ter incapacidade persistente aos 2 e 6 meses do que aqueles que assinalaram “concordo” (OR 0,22; 95% IC 0,07-0,67;  $p=0,008$ ). Relativamente à pontuação total do SBST, por cada ponto, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,53 vezes (OR 1,53; 95% IC 1,25-1,89;  $p<0,001$ ). A capacidade discriminativa do modelo foi aceitável com uma área sob a curva de 0,75 (0,67-0,83).

No que diz respeito ao critério “incapacidade persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte  $RMDQ \geq 4$ ”, as variáveis estatisticamente significativas foram o género, a questão 21 do RMDQ e a pontuação psicossocial do SBST. Os utentes do género masculino têm aproximadamente metade da probabilidade (53%) de desenvolver incapacidade persistente aos 2 e 6 meses relativamente ao género feminino (OR 0,47; 95% IC 0,24-0,94;  $p=0,032$ ). Os utentes que assinalaram “discordo” na questão 21 do RMDQ (“Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas”) têm 81% menor probabilidade de ter incapacidade persistente aos 2 e 6 meses do que aqueles que assinalaram “concordo” (OR 0,19; 95% IC 0,08-0,45;  $p<0,001$ ). Em relação à pontuação psicossocial do SBST, por cada ponto na subescala psicossocial, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,53 vezes (OR 1,53; 95% IC 1,16-2,03  $p=0,003$ ). A capacidade discriminativa do modelo foi aceitável com uma área sob a curva de 0,75 (0,68-0,82).

**Tabela 7.** ORs (Intervalo de Confiança a 95%) das associações entre indicadores de prognóstico e elevada incapacidade a 2 e 6 meses (n=176)

Indicadores de prognóstico	6 meses				2 e 6 meses			
	RMDQ <sup>1</sup> ≥7 N=71		RMDQ <sup>1</sup> ≥4 N=101		RMDQ <sup>1</sup> ≥7 N=56		RMDQ <sup>1</sup> ≥4 N=80	
	Não ajustado	Ajustado	Não ajustado	Ajustado	Não ajustado	Ajustado	Não ajustado	Ajustado
<b>Variáveis sociodemográficas</b>								
<b>Idade (anos)</b>	1,04 (1,01-1,08)***	<b>1,05</b> <b>(1,02-1,09)***</b>	1,03 (1,00-1,06)**	<b>1,03</b> <b>(1,00-1,06)**</b>	1,02 (0,99-1,05)		1,03 (1,00-1,06)*	
<b>Género (masculino<sup>a</sup>)</b>	0,67 (0,36-1,24)		0,51 (0,28-0,94)**		0,88 (0,46-1,69)		0,58 (0,31-1,07)*	<b>0,47</b> <b>(0,24-0,94)**</b>
<b>IMC<sup>2</sup></b>	1,05 (0,99-1,12)*		1,06 (0,99-1,13)*		1,06 (0,99-1,13)*		1,06 (1,00-1,13)*	
<b>Situação familiar (vive sozinho<sup>a</sup>)</b>	0,95 (0,51-1,79)		0,75 (0,40-1,40)		0,86 (0,44-1,68)		0,63 (0,33-1,18)*	
<b>Habilitações Literárias (ensino básico ou inferior<sup>a</sup>)</b>	1,91 (1,03-3,55)**		2,14 (1,17-3,92)**		1,53 (0,80-2,93)*		1,70 (0,93-3,11)*	
<b>Situação Profissional (a trabalhar<sup>a</sup>)</b>	0,68 (0,35-1,32)		0,79 (0,40-1,55)		0,94 (0,46-1,90)		0,91 (0,47-1,76)	
<b>Ausência do trabalho (sim<sup>a</sup>)</b>	1,57 (0,81-3,04)*		1,90 (0,96-3,79)*		2,15 (1,09-4,25)**		2,06 (1,06-4,00)**	
<b>Baixa remunerada (sim<sup>a</sup>)</b>	1,36 (0,69-2,68)		2,05 (1,00-4,20)**		1,79 (0,88-3,60)*		2,36 (1,19-4,70)**	
<b>Variáveis clínicas</b>								
<b>Classificação da dor lombar (aguda<sup>a</sup>)</b>	0,94 (0,51-1,72)		0,89 (0,49-1,63)		0,96 (0,50-1,82)		1,05 (0,58-1,92)	
<b>Dor irradiada para o membro inferior (sim<sup>a</sup>)</b>	2,95 (1,54-5,65)***		2,19 (1,19-4,03)**		2,95 (1,46-5,95)***		2,25 (1,21-4,17)**	
<b>Questão 2 – RMDQ (discordo<sup>a</sup>)</b>	0,72 (0,28-1,88)		0,52 (0,21-1,31)*		0,47 (0,15-1,47)*		0,44 (0,16-1,20)*	

<b>Questão 3 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,39 (0,19-0,79)***	0,70 (0,37-1,32)	0,26 (0,11-0,60)***	0,37 (0,19-0,74)***		
<b>Questão 11 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,33 (0,16-0,67)***	0,59 (0,31-1,12)*	0,25 (0,11-0,58)***	0,40 (0,21-0,79)***		
<b>Questão 21 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,36 (0,17-0,76)***	0,40 (0,20-0,79)***	0,14 (0,05-0,41)***	<b>0,22</b> <b>(0,07-0,67)***</b>	0,17 (0,07-0,38)***	<b>0,19</b> <b>(0,08-0,45)***</b>
<b>Questão 23 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,39 (0,19-0,79)***	0,56 (0,30-1,07)	0,31 (0,14-0,70)***	0,42 (0,21-0,82)**		
<b>Medicação para a lombalgia</b> <b>(sim<sup>a</sup>)</b>	2,06 (1,11-3,83)**	2,16 (1,18-3,96)**	1,64 (0,86-3,13)*	2,03 (1,11-3,73)**		
<b>Intensidade da dor</b> <b>(END<sup>2</sup> 0-10)</b>	1,23 (1,08-1,39)***	1,17 (1,04-1,32)**	1,27 (1,11-1,47)***	1,22 (1,07-1,38)***		
<b>Médio risco de desenvolver dor</b> <b>persistente e incapacitante (SBST-</b> <b>baixo risco<sup>3a</sup>)</b>	0,12 (0,04-0,34)***	0,20 (0,08-0,51)***	0,08 (0,02-0,29)***	0,14 (0,05-0,37)***		
<b>Elevado risco de desenvolver dor</b> <b>persistente e incapacitante (SBST-</b> <b>médio risco<sup>3a</sup>)</b>	0,39 (0,19-0,80)**	0,50 (0,23-1,09)*	0,38 (0,19-0,80)**	0,40 (0,19-0,83)**		
<b>Pontuação total SBST<sup>3</sup></b>	1,49 (1,25-1,78)***	1,35 (1,16-1,58)***	<b>1,35</b> <b>(1,16-1,58)***</b>	1,62 (1,33-1,97)***	<b>1,53</b> <b>(1,25-1,89)***</b>	1,44 (1,22-1,70)***
<b>Pontuação psicossocial SBST<sup>3</sup></b>	1,81 (1,38-2,38)***	<b>1,50</b> <b>(1,11-2,05)***</b>	1,52 (1,20-1,94)***	1,87 (1,40-2,51)***	1,69 (1,31-2,18)***	<b>1,53</b> <b>(1,16-2,03)***</b>
<b>Incapacidade</b> <b>(RMDQ<sup>1</sup> 0-24)</b>	1,13 (1,07-1,20)***	<b>1,10</b> <b>(1,02-1,18)***</b>	1,10 (1,04-1,16)***	1,18 (1,10-1,26)***	1,15 (1,08-1,21)***	
<b>Área sob a curva</b>		0,76 (0,69-0,83)	0,67 (0,59-0,75)	0,75 (0,67-0,83)		0,75 (0,68-0,82)

\* p<0,2; \*\* p<0,05; \*\*\*p<0,01

<sup>1</sup> RMDQ – Roland Morris Disability Questionnaire; <sup>2</sup> IMC – Índice de Massa Corporal; <sup>a</sup> categoria de referência

A tabela 9 apresenta as associações significativas entre indicadores de prognóstico e elevados níveis de dor a 2 e 6 meses.

Relativamente ao critério “dor persistente aos 6 meses para o ponto de corte  $END \geq 3$ ”, as variáveis estatisticamente significativas foram a idade, a intensidade da dor (END) e a pontuação total do SBST. A probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,05 vezes por cada ano de idade (OR 1,05; 95% IC 1,01-1,08;  $p=0,004$ ). Em relação à intensidade da dor, por cada ponto, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,19 vezes (OR 1,19; 95% IC 1,03-1,38;  $p=0,020$ ). Relativamente à pontuação total do SBST, por cada ponto, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,28 vezes (OR 1,28; 95% IC 1,07-1,53;  $p=0,007$ ). A capacidade discriminativa do modelo foi aceitável com uma área sob a curva de 0,74 (0,67-0,81).

Para o critério “dor persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte  $END \geq 3$ ”, as variáveis estatisticamente significativas foram a idade, a situação familiar, a intensidade da dor (END) e a pontuação total na SBST. A probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,03 vezes por cada ano de idade (OR 1,03; 95% IC 1,00-1,07;  $p=0,046$ ). Os utentes que vivem sozinhos têm aproximadamente metade da probabilidade (55%) de desenvolver dor persistente relativamente a quem vive acompanhado (OR 0,45; 95% IC 0,21-0,94;  $p=0,035$ ). Em relação à intensidade da dor, por cada ponto, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,25 vezes (OR 1,25; 95% IC 1,07-1,47;  $p=0,006$ ). Relativamente à pontuação total no SBST, por cada ponto, a probabilidade de alcançar o critério aumenta 1,25 vezes (OR 1,25; 95% IC 1,04-1,51;  $p=0,019$ ). A capacidade discriminativa do modelo foi aceitável com uma área sob a curva de 0,75 (0,68-0,82).

**Tabela 8.** ORs (Intervalo de Confiança a 95%) das associações entre indicadores de prognóstico e elevados níveis de dor a 2 e 6 meses (n=176)

Indicadores de prognóstico	6 meses		2 e 6 meses	
	END <sup>1</sup> ≥3		END <sup>1</sup> ≥3	
	N=87		N=64	
Variáveis sociodemográficas	Não ajustado	Ajustado	Não ajustado	Ajustado
<b>Idade (anos)</b>	1,04 (1,02-1,08)***	<b>1,05</b> <b>(1,01-1,08)***</b>	1,04 (1,00-1,07)**	<b>1,03</b> <b>(1,00-1,07)**</b>
<b>Gênero</b> <b>(masculino<sup>a</sup>)</b>	0,53 (0,29-0,98)**		0,56 (0,30-1,07)*	
<b>IMC<sup>2</sup></b>	1,03 (0,97-1,09)		1,01 (0,95-1,08)	
<b>Situação familiar</b> <b>(vive sozinho<sup>a</sup>)</b>	1,13 (0,61-2,09)		0,58 (0,29-1,13)*	<b>0,45</b> <b>(0,21-0,94)**</b>
<b>Habilitações Literárias</b> <b>(ensino básico ou inferior<sup>a</sup>)</b>	2,02 (1,11-3,68)**		1,91 (1,01-3,60)**	
<b>Situação Profissional</b> <b>(a trabalhar<sup>a</sup>)</b>	0,99 (0,52-1,92)		1,08 (0,54-2,15)	
<b>Ausência do trabalho</b> <b>(sim<sup>a</sup>)</b>	1,01 (0,53-1,93)		0,96 (0,49-1,89)	
<b>Baixa remunerada</b> <b>(sim<sup>a</sup>)</b>	1,42 (0,73-2,78)		1,30 (0,65-2,57)	
<b>Variáveis clínicas</b>				
<b>Classificação da dor lombar (aguda<sup>a</sup>)</b>	0,62 (0,34-1,13)*		0,63 (0,33-1,18)*	
<b>Dor irradiada para o membro inferior</b> <b>(sim<sup>a</sup>)</b>	1,78 (0,97-3,25)*		1,98 (1,04-3,77)**	
<b>Questão 2 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,48 (0,18-1,26)*		0,52 (0,18-1,49)	
<b>Questão 3 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,82 (0,43-1,55)		0,57 (0,28-1,13)*	
<b>Questão 11 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,70 (0,37-1,33)		0,70 (0,35-1,37)	
<b>Questão 21 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,89 (0,46-1,74)		0,45 (0,21-0,96)**	
<b>Questão 23 – RMDQ</b> <b>(discordo<sup>a</sup>)</b>	0,70 (0,37-1,33)		0,55 (0,27-1,09)*	
<b>Medicação para a lombalgia</b> <b>(sim<sup>a</sup>)</b>	1,39 (0,77-2,51)		1,67 (0,89-3,11)*	
<b>Intensidade da dor</b> <b>(END<sup>1</sup> 0-10)</b>	1,31 (1,15-1,50)***	<b>1,19</b> <b>(1,03-1,38)**</b>	1,34 (1,16-1,55)***	<b>1,25</b> <b>(1,07-1,46)***</b>
<b>Médio risco de desenvolver dor</b> <b>persistente e incapacitante (SBST-</b> <b>baixo risco<sup>3a</sup>)</b>	0,19 (0,07-0,49)***		0,19 (0,07-0,52)***	
<b>Elevado risco de desenvolver dor</b> <b>persistente e incapacitante (SBST-</b> <b>médio risco<sup>3a</sup>)</b>	0,31 (0,15-0,67)***		0,31 (0,15-0,64)***	

<b>Pontuação total SBST<sup>3</sup></b>	1,39 (1,19-1,63)***	<b>1,28</b> <b>(1,07-1,53)***</b>	1,36 (1,16-1,61)***	<b>1,25</b> <b>(1,04-1,51)**</b>
<b>Pontuação psicossocial SBST<sup>3</sup></b>	1,64 (1,28-2,11)***		1,56 (1,21-2,01)***	
<b>Incapacidade (RMDQ<sup>4</sup> 0-24)</b>	1,06 (1,01-1,12)*		1,08 (1,03-1,15)***	
<b>Área sob a curva</b>		0,74 (0,67-0,81)		0,75 (0,68-0,82)

\*p<0,2; \*\* p<0,05; \*\*\*p<0,01

<sup>1</sup> END – Escala Numérica da Dor; <sup>2</sup> IMC – Índice de Massa Corporal; <sup>3</sup> SBST – Start Back Screening Tool;

<sup>4</sup> RMDQ – Roland Morris Disability Questionnaire; <sup>a</sup> categoria de referência

#### 4. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivos caracterizar a incapacidade funcional associada à lombalgia e identificar fatores de prognóstico associados ao desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, em utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários.

A amostra deste estudo foi constituída por 203 utentes com idade média de 48,25 anos ( $\pm 11,24$ ) e maioritariamente do género feminino (60,6%). No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, estes resultados são comparáveis a um estudo epidemiológico nacional realizado em 2016, o *EpiReumaPT*, cuja amostra é representativa da população adulta portuguesa, e que concluiu que a prevalência desta condição é significativamente mais elevada no género feminino do que no género masculino (29,6% vs 22,8%;  $p=0,040$ ), assim como na faixa etária dos 46-55 anos (27,7%; 95% IC 23,1% - 32,4%) (Branco *et al.*, 2016). Com recurso aos dados do *EpiReumaPT*, identificou-se que a prevalência de dor lombar crónica ativa na população adulta portuguesa é de 10,4% (95% IC 9.6% - 11.9%). Neste caso, a prevalência foi igualmente superior nas mulheres do que nos homens (14,1% vs 6,3%) (Gouveia *et al.*, 2016). Também num estudo realizado no Reino Unido, com amostra estratificada em subgrupos de risco classificados pelo SBST, a média das idades dos participantes foi de 50,1 anos ( $\pm 15,0$ ) e a amostra foi constituída por 59% de participantes do género feminino (Hill *et al.* 2011).

Em relação à caracterização clínica da amostra em estudo, a maioria dos utentes referia dor há mais de 12 semanas (54,7%) e dor irradiada para o membro inferior (57,6%), sendo o valor da dor irradiada semelhante aos resultados do estudo *EpiReumaPT* (60,9%) (Gouveia *et al.*, 2016) e do estudo de Hill *et al.* (2011) que observou um valor de 63%.

Na avaliação inicial (*baseline*), a média da intensidade da dor reportada (END) foi de 4,97 ( $\pm 2,51$ ) pontos e a média da incapacidade funcional reportada (RMDQ) foi de 11,68 ( $\pm 5,82$ ) pontos. Estes resultados são semelhantes aos reportados por outros autores, como Hill *et al.* (2011) e Kovacs *et al.* (2006) que analisaram, respetivamente, uma média de 5,2 e 5,89



pontos para a intensidade da dor (avaliada através da *Numeric Pain Rating Scale* - NPRS), e uma média de 9,7 e 11,3 pontos para a incapacidade funcional (avaliada através do RMDQ). Também o estudo de George & Beneciuk (2015) teve resultados semelhantes, com uma média de intensidade da dor (NPRS) de 5,4 ( $\pm 1,9$ ) e uma média de 11,1 ( $\pm 6,0$ ) de incapacidade funcional (RMDQ).

Relativamente ao risco de desenvolver dor persistente e incapacitante (avaliado pelo SBST), 21,2% da amostra apresentou baixo risco, 53,7% médio risco e 25,1% elevado risco. Verifica-se que a maioria dos participantes foi classificada com médio risco, seguida pelos de elevado risco e, por fim, os de baixo risco. O mesmo acontece no estudo de Hill *et al.* (2011), que apresenta resultados semelhantes, 25,8% dos participantes foram classificados com baixo risco, 46,3% dos participantes com médio risco e 27,9% com elevado risco. Também no estudo de Foster *et al.* (2014), o grupo com maior percentagem de participantes foi o de médio risco (41,0%).

Foi realizada a comparação das características da *baseline* entre *dropouts* e utentes que se mantiveram no estudo. Verificou-se que a maioria (66,7%) dos participantes que abandonaram o estudo apresentavam dor aguda e os restantes 33,3% apresentavam dor crónica. Pelo contrário, dos indivíduos que completaram o estudo, a maioria (58,0%) estavam classificados com dor crónica e 42,0% com dor aguda. Existem mais indivíduos com dor crónica a completar o estudo, o que pode ser explicado pelo facto de as pessoas com duração mais longa de lombalgia procurarem com mais frequência os cuidados de saúde do que as pessoas com pouco tempo de evolução da condição. Adicionalmente, dois terços dos participantes que não completaram o estudo apresentavam dor aguda, corroborando a hipótese de que os utentes com dor aguda procuram ajuda com menos frequência do que aqueles que apresentam lombalgia com mais tempo de evolução. É o que acontece no presente estudo, 45,3% da amostra apresenta dor aguda e 54,7% dor crónica. Resultados semelhantes podem ser encontrados no estudo de Hill *et al.* (2011), 42% da amostra apresenta lombalgia aguda e 58% lombalgia crónica e no trabalho de Foster *et al.* (2014), 37% da amostra apresenta lombalgia aguda e 63%

lombalgia crónica. Em relação à variável “idade”, os participantes que abandonaram o estudo são mais novos, com uma média de idades de 42,56 ( $\pm 11,34$ ) anos, comparativamente aos participantes que completaram o estudo com uma média de 49,13 ( $\pm 11,00$ ) anos. Apesar desta variável ser estatisticamente significativa, as médias dos dois grupos situam-se na mesma faixa etária. No estudo de George & Beneciuk (2015), a variável “idade” foi a única diferença significativa entre os participantes que completaram o estudo e aqueles que o abandonaram. Similarmente, os utentes que completaram a avaliação eram mais velhos ( $43,5 \pm 12,3$ ) que os que a abandonaram ( $34,6 \pm 14,8$ ). O mesmo acontece também no estudo de Campbell *et al.* (2013), aos 6 meses, os indivíduos que permanecem no estudo são mais velhos (45,5 anos) do que aqueles que o abandonaram (42,2 anos).

Foi realizada a caracterização da limitação de atividades de acordo com as respostas dadas ao questionário de incapacidade funcional reportada (RMDQ). Esta análise foi feita de duas formas, através da frequência de cada item para o total da amostra e através da frequência de cada item para cada grupo de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, avaliada pelo SBST. Em todas as questões, com exceção da 2, a frequência das atividades limitadas aumenta do grupo de baixo risco para o de médio risco e do grupo de médio risco para o de elevado risco. Assim, quanto maior o risco de desenvolver uma condição persistente maior a limitação funcional associada. A média da pontuação obtida no RMDQ para o grupo de baixo risco foi de 5,60 ( $\pm 4,11$ ), para o de médio risco foi de 12,30 ( $\pm 4,82$ ) e para o de elevado risco foi de 15,45 ( $\pm 5,03$ ). Estes resultados corroboram a hipótese de que a incapacidade funcional aumenta consoante a categoria de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante. Estes valores são similares aos de Hill *et al.* (2011), em que os participantes de baixo risco tiveram uma pontuação média de 4,2 ( $\pm 3,3$ ), os de médio risco de 9,8 ( $\pm 4,8$ ) e os de elevado risco 14,7 ( $\pm 4,4$ ). Estes resultados sugerem que através da análise das categorias de risco, na avaliação inicial, poderá ser possível prever o risco de cada utente de desenvolver dor persistente e incapacitante, adequando o tipo de tratamento consoante o nível de risco. Uma intervenção estratificada (Foster *et al.*, 2013; Hill *et al.*, 2011; van der Windt *et al.*, 2008) pressupõe o direcionamento do

tratamento a subgrupos de utentes com características semelhantes, facultando-lhes a melhor intervenção no menor espaço de tempo possível.

Foi estudada a correlação entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional nos três momentos de avaliação. Determinou-se que existe uma associação positiva e estatisticamente significativa entre as duas variáveis. A diminuição da força da correlação, aos 6 meses, poderá ser explicada pela diferença nos cursos clínicos da dor e da incapacidade quando existe cronicidade da condição. A revisão sistemática de Menezes Costa *et al.* (2012) analisou os cursos clínicos da dor e da incapacidade numa amostra com dor aguda e noutra com dor persistente. Os cursos clínicos nas coortes de lombalgia aguda são similares e a diferença não é estatisticamente significativa ( $p=0,2$ ). Contudo, o curso clínico da dor foi mais favorável do que o da incapacidade nas coortes de lombalgia crónica ( $p=0,002$ ). A maior força de correlação observada aos 2 meses é concordante com resultados do estudo realizado por Kovacs *et al.*, (2004) numa amostra de pacientes com lombalgia que recorreram aos serviços de saúde primários. Os autores observaram uma correlação significativa mas fraca ( $r=0,347$ ;  $p<0,001$ ), entre a dor (através da Escala Visual Analógica) e a incapacidade (através do RMDQ), na avaliação inicial, mas os valores de correlação tornam-se mais fortes ao fim de 15 dias ( $r=0,570$ ;  $p<0,001$ ).

Foram também estudados os fatores de prognóstico para a dor persistente e incapacitante (crónica). Elevados valores de incapacidade na avaliação inicial (avaliada através da pontuação total do RMDQ) aumentam a probabilidade de desenvolver uma condição de incapacidade persistente aos 6 meses para o critério  $\text{RMDQ} \geq 7$ . As atividades do RMDQ foram analisadas isoladamente e a questão 21 demonstrou predizer o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante nos critérios de incapacidade correspondentes aos 2 e 6 meses. Os utentes que discordem da afirmação “Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas” têm cerca de 80% menor probabilidade de desenvolver incapacidade persistente. Para o critério “incapacidade persistente para o ponto de corte  $\text{RMDQ} \geq 4$ ”, os utentes do género masculino têm aproximadamente metade da probabilidade (53%) de desenvolver uma

condição incapacitante aos 2 e 6 meses. Uma pontuação elevada na subescala psicossocial da SBST aumenta a probabilidade de desenvolver uma condição de incapacidade persistente para o critério  $RMDQ \geq 7$  aos 6 meses e para o critério  $RMDQ \geq 4$  aos 2 e 6 meses. A pontuação total da SBST é fator de mau prognóstico para os dois critérios restantes de incapacidade. A idade é também fator de mau prognóstico a 6 meses para os dois critérios de incapacidade estudados.

Para os critérios correspondentes à probabilidade de desenvolver uma condição de dor persistente, os fatores de prognóstico encontrados foram a idade, uma pontuação elevada de dor na avaliação inicial e uma pontuação total elevada no SBST. Relativamente ao critério “dor persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte  $END \geq 3$ ”, os utentes que vivem acompanhados têm mais probabilidade de desenvolver dor persistente.

Para vários critérios definidos, valores elevados de dor e de incapacidade na avaliação inicial aumentam a probabilidade de desenvolvimento de uma condição persistente no tempo. Estas conclusões são semelhantes às de um estudo realizado na Austrália com o objetivo de identificar características dos utentes associadas com um mau prognóstico para a dor lombar crónica. Os utentes com níveis elevados de dor e incapacidade na *baseline* tinham mais probabilidade de experienciar uma recuperação demorada do que aqueles sem estas características (da Costa *et al.*, 2009). A pontuação de incapacidade na avaliação inicial é um dos fatores de prognóstico presentes no trabalho de Grotle *et al.* (2010) cuja amostra foi composta por subgrupos de participantes com lombalgia aguda, subaguda e crónica que recorreram aos cuidados de saúde primários. Num estudo realizado no Reino-Unido, com uma amostra representativa de utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários, um nível elevado de intensidade da dor aquando da consulta é um preditor significativo de mau prognóstico tanto a curto prazo (6 meses de *follow-up*) como a longo prazo (5 anos de *follow-up*). O mesmo é relatado nos trabalhos de George & Beneciuk (2015) e de Melloh *et al.* (2009), a intensidade da dor na avaliação inicial é um dos fatores que predizem um prognóstico desfavorável. Também no trabalho

de Rundell *et al.* (2017), cujo objetivo foi estudar os preditores de incapacidade persistente em utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários, uma pontuação elevada de intensidade da dor na *baseline* é preditor de incapacidade persistente.

As atividades do RMDQ foram analisadas isoladamente e apenas a questão 21 demonstrou prever o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante nos critérios de incapacidade correspondentes aos 2 e 6 meses. Os utentes que discordem da afirmação “Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas” têm cerca de 80% menor probabilidade de desenvolver incapacidade persistente. Na avaliação inicial, 73,4% da amostra total concordou com a afirmação, sendo a segunda com maior frequência, apenas ultrapassada pela questão 2 “Mudo frequentemente de posição para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis”.

Os utentes do género feminino têm aproximadamente o dobro da probabilidade (acréscimo de 47%) de desenvolver incapacidade persistente (RMDQ $\geq$ 4) aos 2 e 6 meses. Na avaliação inicial, a amostra é constituída por mais utentes do género feminino (60,6%). Estes resultados demonstram que o género feminino, além de reportar lombalgia com mais frequência, também tem mais probabilidade de desenvolver uma condição incapacitante. Estas conclusões são semelhantes às do estudo de Rundell *et al.* (2017). Neste estudo, os utentes do género masculino apresentam menor probabilidade de desenvolver incapacidade persistente (OR 0,67; 95% IC 0,57-0,78;  $p<0,001$ ), quando comparados com o género feminino.

No presente estudo, a pontuação da subescala psicossocial é um dos fatores associado com o desenvolvimento de dor persistente e incapacitante. Estes resultados são concordantes com os observados noutros estudos como o de Henschke *et al.* (2008) e o de George & Beneciuk (2015) que concluíram que sintomas de depressão, de medo evitamento e cinesiofobia fazem parte desses fatores. Também o estudo de Grotle *et al.* (2010) conclui que os fatores psicológicos são preditores de cronicidade e de incapacidade a longo prazo em amostras de participantes com dor aguda e crónica. A revisão sistemática de Pincus *et al.* (2002) conclui que existe forte evidência de que o stress

psicológico e sintomas depressivos têm um papel importante na transição de lombalgia aguda para crónica, e que os fatores psicológicos podem ter o mesmo contributo que os fatores clínicos. O trabalho de Rundell *et.al.* (2017), aponta como preditores de incapacidade persistente a presença de sintomas depressivos e de ansiedade. Mais recentemente, na revisão sistemática de Hartvingsen *et al.* (2018), os autores concluem que a presença de fatores psicológicos como depressão, ansiedade, catastrofização e reduzida autoeficácia em pessoas com lombalgia está associada a um risco aumentado de desenvolver incapacidade persistente. Contudo, no presente estudo, para a dor persistente, apenas a pontuação total da SBST é fator de mau prognóstico, o que pode significar que o estado psicossocial é mais relevante no que diz respeito à incapacidade persistente mas, em relação à dor persistente, os fatores psicossociais e físicos têm ambos importância. Assim, tanto a subescala psicossocial do SBST como a escala na sua totalidade parecem ser ferramentas importantes na avaliação do desenvolvimento de incapacidade persistente. No entanto, para avaliar o desenvolvimento de dor persistente, a pontuação total do SBST parece ter mais relevância.

Constatou-se ainda que a idade é fator de mau prognóstico para dois critérios relativos à incapacidade persistente e para os dois critérios definidos para a dor persistente. O mesmo é reportado no estudo de Henschke *et al.* (2008), uma idade avançada está associada a um maior tempo de recuperação.

Relativamente ao critério “dor persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte  $END \geq 3$ ”, os utentes que vivem acompanhados têm mais probabilidade de desenvolver dor persistente. Este fator não tem sido reportado noutros estudos e pode ser um resultado espúrio no contexto deste estudo, atribuível a características específicas da amostra.

#### **4.1. Limitações do estudo**

No que diz respeito às limitações do estudo, o tamanho da amostra é reduzido, não sendo representativa da população portuguesa. Os resultados deste estudo têm por base uma amostra retirada de um conjunto de sete

unidades de saúde primárias, circunscrita ao ACES Arrábida, o que pode limitar a generalização/extrapolação dos resultados.

Uma vez que os resultados do estudo tiveram por base instrumentos de autopreenchimento, e sabendo que as respostas dos participantes estão dependentes da sua opinião e da sua memória, é possível que tenha ocorrido viés de memória.

Outra limitação, recorrente em estudos que utilizam instrumentos de autopreenchimento, é o viés de resposta. Este viés acontece quando existem respostas que podem ter sido dadas tendo em conta a desejabilidade social, ou seja, o facto de os utentes fornecerem informação que antecipam como sendo socialmente mais aceite, e não exatamente aquilo que reflete a sua condição clínica. Ainda assim, os questionários ou instrumentos foram sempre aplicados através de entrevista nos vários momentos de avaliação, e pelo mesmo investigador, de forma a homogeneizar o método de recolha de dados.

O facto de os aspetos psicosociais apenas terem sido avaliados, em conjunto, através da subescala SBST pode constituir também uma limitação, tendo em conta que existe evidência de que os fatores psicosociais são relevantes enquanto fatores de prognóstico individuais no desenvolvimento de lombalgia persistente e incapacitante.

#### **4.2. Implicações do estudo**

Tendo em conta a reduzida quantidade de estudos realizados acerca desta matéria, este estudo poderá representar um importante contributo para os profissionais de saúde que intervêm em utentes com lombalgia não específica. Com estes resultados, é possível conhecer as principais características dos utentes que devem ser avaliadas na *baseline* e que apresentam maior capacidade de prever a probabilidade de desenvolvimento da lombalgia persistente e incapacitante. Desta forma, a intervenção em utentes com lombalgia não específica poderá ser individualizada e de acordo com as suas características, possibilitando a educação e o aconselhamento do utente quanto ao seu prognóstico de lombalgia, resultando em melhores

cuidados de saúde prestados aos utentes que recorrerem aos cuidados de saúde primários.

Adicionalmente, sabendo que os aspetos psicossociais são relevantes enquanto fatores de prognóstico no desenvolvimento de uma condição persistente e incapacitante, sugere-se um estudo mais aprofundado destes fatores em investigações futuras.

Tendo em conta que não existe evidência prévia que analise especificamente as atividades do RMDQ capazes de prever o desenvolvimento de uma condição crónica, o presente trabalho pode ser um primeiro passo para existirem, no futuro, mais investigações neste âmbito.

Tendo em conta que o tamanho da amostra não é representativo da população portuguesa, espera-se que este estudo seja propulsor de investigações futuras, com amostras maiores e em outras zonas do país.



## **5. Conclusões**

Este estudo teve como principais objetivos caracterizar a incapacidade funcional associada à lombalgia e identificar fatores de prognóstico associados ao desenvolvimento de dor persistente e incapacitante, em utentes com lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários.

Os resultados da caracterização da limitação de atividades demonstram que quanto maior a incapacidade funcional dos utentes, maior o risco de desenvolver uma condição persistente a médio prazo. Por outro lado, quanto maior a intensidade da dor, maior o nível de incapacidade funcional, sendo que essa relação tem tendência a tornar-se mais forte ao longo do tempo. Assim, valores elevados de dor e de incapacidade na avaliação inicial são fatores de mau prognóstico para a lombalgia, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de uma condição persistente no tempo.

Um dos aspetos a destacar neste estudo é o contributo dos fatores psicossociais, dado que a pontuação psicossocial do SBST foi também um dos fatores de mau prognóstico associado ao desenvolvimento de incapacidade persistente. Contudo, a pontuação total do SBST é fator de mau prognóstico tanto para os critérios de incapacidade persistente como para os de dor persistente. Assim, a pontuação total do SBST parece ter mais relevância no estudo do desenvolvimento de lombalgia crónica. A idade é também fator de mau prognóstico tanto para a incapacidade como para a dor, uma idade avançada está associada a um maior tempo de recuperação.

A identificação precoce da presença de fatores de prognóstico deve ser considerada pelos profissionais de saúde que lidam com utentes com lombalgia não específica, promovendo a sua educação em relação ao seu prognóstico de episódio de lombalgia. Assim, uma gestão efetiva dos utentes com lombalgia no início do episódio possibilita a orientação do tipo de intervenção mais adequado para cada utente e é decisiva na prevenção de uma condição de lombalgia persistente e incapacitante.

## 6. Referências Bibliográficas

Alghadir, A., Anwer, S., Iqbal, A., Iqbal, Z. (2018). Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal of Pain Research* 2018; 11 851–856.

Artus, M., van der Windt, D., Jordan, K., Croft, P. (2014). The clinical course of low back pain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. *BMC Musculoskelet Disord* 2014.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., et al. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25:3186–91.

Branco, J., Rodrigues, A., Gouveia, N., et al. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open* 2016; 2:e000166.

Campbell, P., Foster, E., Thomas, E., Dunn, K. (2013). Prognostic Indicators of Low Back Pain in Primary Care: Five-Year Prospective Study. *J Pain*. Aug 2013; 14(8): 873–883.

Chan, Y. (2003). Biostatistics 104: correlational analysis. *Singap Med J*. 2003; 44(12):614–619.

Childs, J., Piva, S., Fritz, J. (2005). Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine*; 30:1331–4.

Chou, R., Shekelle, P. (2010). Will this patient develop persistent disabling low-back pain? *JAMA* 2010; 303:1295-302.

Crowe, M., Whitehead, L., Gagan, M., Baxter, G., Pankhurst, A., Valledor, V. (2010). Listening to the body and talking to myself - the impact of chronic lower back pain: a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2010, 47(5):586–593.

Deyo, R. & Weinstein, J. (2001). Low back pain. *N Engl J Med*, 344, 363–70.

Dunn, K., Jordan, K., Croft, P. (2011). Contributions of prognostic factors for poor outcome in primary care low back pain patients. *European Journal of Pain* 15 (2011) 313–319.

Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J., Jensen, M. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152, 2399–2404.

Ferreira, P., Ferreira, L., Pereira, L. (2013) Contribution for the validation of the portuguese version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-75.

Foster, N., Hill, C., Doyle, C., & Young, J. (2014). Effect of Stratified Care for Low Back Pain in Family Practice (IMPACT Back). *Annals of Family Medicine*, 12(2), 102–111.

Freitas, P., Pires, D., Nunes, C., Cruz, E. (2019): Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the European Portuguese version of the Global Perceived Effect Scale in patients with chronic low back pain, *Disability and Rehabilitation*.

Froud, R., Patterson, S., Eldridge, S., et al. (2014). A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskeletal Disord*; 15:50.

George, S., Beneciuk, J. (2015). Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015; 16: 49.

Global Health Metrics (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 1211-59.

Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhão, H., Branco, C. (2016). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 36(2), 183–197.

Grotle, M., Brox, J., Vollestad, K. (2004). Functional Status and Disability Questionnaires: What Do They Assess? A Systematic Review of Back-Specific Outcome Questionnaires. *Spine* 2004, 30:130-140.

Grotle, M., Brox, J., Veierod, M., Glomsrod, B., Lonn, J., Vollestad, N. (2005). Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine* 2005;30:976-82.

Grotle, M., Foster, E., Dunn, K., Croft, P. (2010). Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain* 2010, 151:790–797.

Hartvigsen, J., Hancock, M., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M., et al. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. Published online March 21, 2018.

Hay, M., Dunn, M., Hill, C., Lewis, M., Mason, E., Konstantinou, K., et al. (2008). A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008; 9:58.

Hawker, G., Mian, S., Kendzerska, T. & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale. *SF. Research, Arthritis Care* 63, 240–252.

Henschke, N., Maher, C., Refshauge, K., et al. (2008). Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008; 337:a171.

Hill, C., Whitehurst, T., Lewis, M., et al. (2011). Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378:1560–71.

Hill, J., Dunn, K., Lewis, M., Mullis, R., Main, C., Foster, N., et al. (2008). A primary care back pain screening tool: Identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum.* 2008; 59: 632–41.

Hoy, D. et al. (2010). The epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24 (2010) 769-781.

Hoy, D. et al. (2014). The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study, *Ann Rheum Dis* 2014; 73:968–974.

Hush, J., Refshauge, K., Sullivan, G., De Souza, L., McAuley, J. (2010). Do numerical rating scales and the Roland-Morris Disability Questionnaire

capture changes that are meaningful to patients with persistent back pain? *Clin Rehabil* 2010, 24(7):648–657.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602.

Jordan, K., Dunn, K., Lewis, M., Croft, P. (2006). A minimal clinically important difference was derived for the Roland-Morris Disability Questionnaire for low back pain. *J Clin Epidemiol* 59(1): 45-52.

Katz, J., Melzack, R. (1999). Measurement of pain. *Surg Clin North Am*; 79:231–52.

Kent, P. & Keating J. (2008). Can we predict poor recovery from recent onset nonspecific low back pain? A systematic review. *Manual Therapy*, 13(1), 12-28.

Koes, B., van Tulder, M., Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain, *BMJ* 332:1430-1434.

Kopec, J., Esdaile, J. (1995). Functional disability scales for back pain. *Spine* (Phila Pa 1976) 1995; 20:1943–9.

Kovacs, F., Abaira, V., Zamora, J., del Real, M., Llobera, J., Fernández, C., (2004). Correlation Between Pain, Disability, and Quality of Life in Patients With Common Low Back Pain. *Spine* 29(2), 206-210.

Kovacs, F., Fernández, C., Cordero, A., Muriel, A., González-Luján, L., Real, M. (2006). Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC*, 6(57).

Layzell, M. (2001). Back pain management: a patient satisfaction study of services. *Br J Nurs* 2001, 10(12):800–807.

Leclaire, R., Blier, F., Fortin, L., Proulx, R. (1997). A Cross-sectional Study Comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability Scales in Two Populations of Patients With Low Back Pain of Different Levels of Severity. *Spine* 1997; 22(1) 68-71.

Lee, H., Hubscher, M., Moseley, G., et al. (2015). How does pain lead to disability? A systematic review and meta-analysis of mediation studies in people with back and neck pain. *Pain* 2015; 156: 988–97.

Maher, C., Underwood, M., Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain, *Lancet* 2017, 389: 736-747.

Marôco, J. (2010): Análise Estatística com o SPSS Statistics; 5ª Edição; Pêro Pinheiro: Report Number.

Martins, V., & Cruz, E. (2020). Contributo para a validação do STarT Back 9-item Screening Tool para a População Portuguesa com Dor Lombar.

Mehling, W., Gopisetty, V., Bartmess-LeVasseur, E., Acree, M., Pressman, A., Goldberg, H., Hecht, F., Carey, T., Avins, A. (2012). The Prognosis of Acute Low Back Pain in Primary Care in the U.S. A 2-Year Prospective Cohort Study. *Spine* (Phila Pa 1976). 2012 April 15; 37(8): 678–684.

Melloh, M., Elfering, A., Presland, E., Roeder, C., Barz, T., Salathé, R., Tamcan, O., Mueller, U., Theis, J. (2009). Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *International Orthopaedics*, 33, 301-313.

Menezes-Costa, L., Maher, C., McAuley, J., et al. (2009). Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ* 2009; 339: b3829.

Menezes Costa, L., Maher, C., Hancock, J., McAuley, H., Herbert, D., & Costa, P. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ*, 184(11), E613–24.

Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O., Hipólito, J. (2010). Roland Morris disability questionnaire - adaptation and validation for the Portuguese speaking patients with back pain. *Acta Médica Portuguesa*, 23(5), 761-6.

Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). (2011). Classificação Internacional de Cuidados Primários, segunda edição, Oxford University Press.

Ostelo, R., Deyo, R., Stratford, P., Waddel, G., Croft, P., Von Korff, M. et al. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90-94.

Pincus, T., Burton, A., Vogel, S., Field, A. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109–20.

Qaseem, A. et al. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians, *Ann Intern Med*. 2017, 166(7): 514-530.

Raimundo, A., Parraca, J., Batalha, N., Tomas-Carus, P., Branco, J., Hill, J., & Gusi, N. (2017). Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reliability of the questionnaire «Start Back Screening Tool» (SBST). *Acta Reumatologica Portuguesa*, 42(1), 38–46.

Raison, N. et al (2014). The Reliability of Red Flags in Spinal Cord Compression, *Arch Trauma Res*, 3(1).

Ren, X. (1998). Are patients capable of attributing functional impairments to specific diseases? *Am J Public Health* 1998;88:837–8.

Roland, M., Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine* 2000;25:3115-3124.

Roland, M., Morris, R. (1983). A study of the natural history of low back pain: Part 1. Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine* 1983; 8:141–4.

Rundell, S., Sherman, K., Heagerty, P., Mock, C., Dettori, N., Comstock, B. et al. (2017). Predictors of Persistent Disability and Back Pain in Older Adults with a New Episode of Care for Back Pain. *Pain Medicine* 2017, 18: 1049–1062.

Smeets, R., Koke, A., Lin, C., Ferreira, M., Demoulin, C. (2011), Measures of Function in Low Back Pain/Disorders. *Arthritis Care & Research*, 63,158-173.

Snelgrove, S., Liossi, C. (2009). An interpretative phenomenological analysis of living with chronic low back pain. *Br J Health Psychol* 2009, 14(4):735–749.

Stanton, T., Henschke, N., Maher, C., Refshauge, K., Latimer, J., McAuley, J. (2008). After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine* (Phila Pa 1976) 2008; 33: 2923–28.

Steenstra, A., Verbeek, H., Heymans, W. et al. (2005). Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature, *Occupational and Environmental Medicine* 2005 Dec, 62(12): 851–60.

Stratford, P., Binkley, J., Solomon, P., Finch, E., Gill, C., et al. (1996). Defining the minimum level of detectable change for the Roland-Morris questionnaire. *Phys Ther*, Apr, 76(4): 359-65.

Stratford, P., Binkley, J., Riddle, D. (2000). Development and initial validation of the Back Pain Functional Scale. *Spine* 2000; 25:2095–102.

Tavafian, S., Gregory, D., Montazeri, A. (2008). The experience of low back pain in Iranian women: a focus group study. *Health Care Women Int* 2008, 29(4):339–349.

van der Windt, D., Hay, E., Jellema, P., Main, C. (2008) Psychosocial interventions for low back pain in primary care: lessons learned from recent trials. *Spine* 2008; 33: 81–89.

Verkerk, K., Luijsterburg, P., Heymans, M., et al. (2013). Prognosis and course of disability in patients with chronic nonspecific low back pain: a 5- and 12-month follow-up cohort study. *Phys Ther*. 2013; 93:1603–1614.

WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: *World Health Organization*; 2001.



## Apêndice A

### Consentimento Informado da Coorte 1



Uma parceria do ARS LVT (ACES Arrábida), Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal e Nova Medical School| Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

#### FOLHETO INFORMATIVO E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO- UTENTES- COORTE 1

##### Folheto Informativo

**Título do Estudo:** Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Apresentação do estudo:** Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ sub- aguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

##### QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade do tratamento que é prestado aos utentes com um episódio de dor lombar aguda ou subaguda que recorrem ao Médico de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde Familiar do ACES Arrábida. Queremos conhecer quais são os procedimentos usuais do seu Médico, nomeadamente que tipo de exames solicita, qual a medicação prescrita e se o referencia para algum tipo de tratamento. Queremos também saber como evolui a sua condição.

#### **POR QUE FUI CONVIDADO(A)?**

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico lhe diagnosticou dor lombar/ lombalgia aguda ou subaguda. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

#### **TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?**

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

**Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será sempre realizado de acordo com a decisão do seu médico.**

#### **O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?**

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda que nada no seu tratamento será alterado. Todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição de dor lombar. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a

repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos**.

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

#### **QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?**

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

#### **QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?**

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.



---

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.

#### **TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?**

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunica-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

#### **O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?**

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

#### **E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?**

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: [splitproject@gmail.com](mailto:splitproject@gmail.com). Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail ([eduardo.cruz@ess.ips.pt](mailto:eduardo.cruz@ess.ips.pt)).

#### **A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?**

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar,

ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

#### **O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTE ESTUDO?**

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

---

## REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

## SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Miguel Antunes Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.



---

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO  
de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

*Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

---

**Título do Estudo:** Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Enquadramento:** Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz- Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

1. Fui convidado para participar num estudo que pretende avaliar os resultados clínicos e o custo-efetividade do tratamento que me é prestado.
2. Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo, foi-me dado tempo para refletir, e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.
3. Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.
4. Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através

---

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

<sup>2</sup> <http://dre.nt/ndf1sdlp/2001/01/002A00/00140036.pdf>

de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com uma duração aproximada de 10 minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

5. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, mas que vou contribuir para um melhor conhecimento sobre resultados de tratamento da dor lombar aguda/ subaguda.
6. Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou qualquer publicação do estudo. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade.
7. Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

Confirmo que expliquei ao participante de forma adequada e inteligível todos os procedimentos necessários à sua participação no estudo acima descrito. É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante ou afecte os cuidados que lhe são prestados.

Investigador responsável pelo estudo

Nome: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....



### Folheto Informativo

**Título do Estudo:** Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do Modelo SPLIT no tratamento de indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Apresentação do estudo:** Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ sub- aguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

#### QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade de uma nova abordagem de tratamento da sua dor lombar, baseada nas suas características específicas e nas características da sua dor. Queremos saber como evolui a dor e a interferência da dor nas atividades habituais ou no trabalho, em resposta a três abordagens diferentes no tratamento de fisioterapia.

#### POR QUE FUI CONVIDADO(A)?

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico o referenciou para Fisioterapia para tratamento da sua dor lombar/ lombalgia. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

#### **TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?**

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

**Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será realizado de acordo com a decisão do seu médico.**

#### **O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?**

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição dor lombar para definir qual o tipo de tratamento de fisioterapia que irá receber. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

De seguida, e de acordo com a sua resposta a um dos questionários será encaminhado para tratamento de Fisioterapia, onde irá realizar o tipo de tratamento que melhor se adequa às suas características e às características da sua dor lombar. Consoante o seu grau de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante, o tratamento pode ser constituído por: 1) uma sessão

de avaliação e aconselhamento; 2) **ou** até 6 sessões de aconselhamento, terapia manual e exercício; 3) **ou** até 12 sessões de educação e exercício.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos**.

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

#### **QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?**

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

#### **QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?**

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.



### **TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?**

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunicá-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

### **O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?**

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

### **E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?**

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: [splitproject@gmail.com](mailto:splitproject@gmail.com). Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail ([eduardo.cruz@ess.ips.pt](mailto:eduardo.cruz@ess.ips.pt)).

### **A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?**

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar, ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

#### **O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTES ESTUDO?**

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

### **REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO**

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

### **SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?**

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

**Nome,** Fisioterapeuta do ACES Arrábida.

---

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO  
de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

*Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

---

**Título do Estudo:** Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do Modelo SPLIT no tratamento de indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Enquadramento:** Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz- Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

1. Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.
2. Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.
3. Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com uma duração aproximada de 10 minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

---

<sup>1</sup> <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



4. Compreendo que por ter sido referenciado pelo meu médico para tratamento de fisioterapia, este será adequado ao grau de risco que a minha dor lombar tem de se tornar persistente e incapacitante.
5. Compreendo que o tratamento pode ser constituído por uma sessão de avaliação e aconselhamento, ou até 6 sessões de aconselhamento, terapia manual e exercício ou até 12 sessões de educação e exercício, consoante o meu grau de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante.
6. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, mas que vou contribuir para um melhor conhecimento sobre resultados de tratamento da dor lombar aguda/ subaguda.
7. Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou qualquer publicação do estudo. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade.
8. Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

Confirmo que expliquei ao participante de forma adequada e inteligível todos os procedimentos necessários à sua participação no estudo acima descrito. É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante ou afecte os cuidados que lhe são prestados.

Investigador responsável pelo estudo

Nome: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....



## Apêndice B

### Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica



Uma parceria do ARS LVT (ACES Arrábida), Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal e Nova Medical School| Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Centro de Saúde/ Unidade Saúde Familiar: \_\_\_\_\_

Nº de Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo Investigador colaborador): \_\_\_\_\_

Data do preenchimento do questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOR LOMBAR

##### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Peso (kg): \_\_\_\_\_ 4. Altura (cm): \_\_\_\_\_

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções)

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de Facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções)

Ensino Primário ou inferior ☐ Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade) ☐ Ensino Superior completo ☐

7. Qual é sua situação profissional? (escolha uma das seguintes opções)

A trabalhar ☐ Incapaz de trabalhar devido ao seu problema ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐ Doméstico(a) ☐

##### DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

0-2 semanas ☐ 2-4 semanas ☐ 4-8 semanas ☐ 8-12 semanas ☐

> 3 meses ☐ > 3 meses e < 7 meses ☐ > 7 meses e < 3 anos ☐ < 3 anos ☐

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim ☐ Não ☐  
Se sim, Uma ☐ Ambas ☐

**11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?**

Sim ☐ Não ☐

Se sim, indique

qual \_\_\_\_\_

**12. Está ausente do seu trabalho devido à sua Dor Lombar?**

Sim ☐ Não ☐

**13. Está de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc.) devido à sua Dor Lombar?**

Sim ☐ Não ☐

**14. Desde o início do seu episódio de dor lombar considera que está? (escolha uma das seguintes opções)**

Muito melhor ☐ Melhor ☐ Na mesma ☐ Pior ☐ Muito Pior ☐

**15. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade da sua dor AGORA.**

Sem Dor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

**16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.**

Sem Dor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

## Apêndice C

### Resultados da regressão logística binária univariada

#### “Incapacidade persistente aos 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 7”

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Idade	,042	,015	7,556	1	,006	1,043	1,012	1,075
	Constante	-2,487	,784	10,053	1	,002	,083		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,406	,318	1,630	1	,202	,666	,357	1,243
	Constante	-,244	,195	1,572	1	,210	,783		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Sexo.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	IMC	,049	,033	2,266	1	,132	1,050	,985	1,119
	Constante	-1,739	,905	3,697	1	,055	,176		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria do Estado Civil (1)	-,049	,323	,023	1	,880	,952	,505	1,794
	Constante	-,384	,189	4,122	1	,042	,681		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria do Estado Civil.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria das Habilitações Literárias(1)	,648	,315	4,214	1	,040	1,911	1,030	3,546
	Constante	-,770	,242	10,135	1	,001	,463		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria das Habilitações Literárias.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da Situação Profissional(1)	-,388	,340	1,307	1	,253	,678	,349	1,319
	Constante	-,123	,286	,183	1	,668	,885		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da Situação Profissional.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Ausência do Trabalho(1)	,452	,337	1,792	1	,181	1,571	,811	3,044
	Constante	-,532	,184	8,375	1	,004	,588		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Ausência do Trabalho.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Baixa Remunerada(1)	,308	,346	,791	1	,374	1,361	,690	2,683
	Constante	-,482	,180	7,195	1	,007	,617		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Baixa Remunerada.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Classificação da Dor Lombar(1)	-,066	,311	,045	1	,832	,936	,508	1,723
	Constante	-,373	,201	3,464	1	,063	,689		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Classificação da Dor Lombar.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,082	,331	10,683	1	,001	2,951	1,542	5,648
	Constante	-1,063	,266	15,954	1	,000	,345		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Dor Irradiada para o Membro Inferior.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q2_RMDQ(1)	-,330	,491	,453	1	,501	,719	,275	1,880
	Constante	-,363	,163	4,971	1	,026	,696		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q2\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q3_RMDQ(1)	-,943	,359	6,910	1	,009	,389	,193	,787
	Constante	-,131	,181	,524	1	,469	,877		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q3\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q11_RMDQ(1)	-1,114	,365	9,303	1	,002	,328	,161	,672
	Constante	-,083	,182	,206	1	,650	,921		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q11\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q21_RMDQ(1)	-1,031	,387	7,110	1	,008	,356	,167	,761
	Constante	-,154	,176	,768	1	,381	,857		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q21\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q23_RMDQ(1)	-,943	,359	6,910	1	,009	,389	,193	,787
	Constante	-,131	,181	,524	1	,469	,877		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q23\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Medicação para a Lombalgia(1)	,723	,316	5,250	1	,022	2,061	1,110	3,825
	Constante	-,806	,241	11,242	1	,001	,446		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Medicação para a Lombalgia.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	END no Momento T0	,203	,066	9,446	1	,002	1,225	1,076	1,393
	Constante	-1,419	,375	14,331	1	,000	,242		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: END no Momento T0.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da SBT			16,241	2	,000			
	Categoria da SBT(1)	-2,141	,542	15,623	1	,000	,118	,041	,340
	Categoria da SBT(2)	-,949	,373	6,482	1	,011	,387	,187	,804
	Constante	,499	,307	2,634	1	,105	1,647		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,401	,089	20,146	1	,000	1,493	1,253	1,779
	Constante	-2,506	,512	23,909	1	,000	,082		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Total da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Psicossocial da SBT	,595	,138	18,537	1	,000	1,813	1,383	2,376
	Constante	-2,026	,424	22,863	1	,000	,132		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Psicossocial da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	RMDQ T0	,123	,030	17,277	1	,000	1,131	1,067	1,199
	Constante	-1,893	,405	21,802	1	,000	,151		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: RMDQ T0.

**“Incapacidade persistente aos 6 meses para o ponto de corte RMDQ≥4”**

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Idade	,029	,014	4,259	1	,039	1,030	1,001	1,058
	Constante	-1,140	,705	2,612	1	,106	,320		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,670	,313	4,601	1	,032	,512	,277	,944
	Constante	,556	,201	7,660	1	,006	1,744		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Sexo.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	IMC	,053	,034	2,504	1	,114	1,055	,987	1,126
	Constante	-1,159	,921	1,583	1	,208	,314		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria do Estado Civil (1)	-,286	,319	,803	1	,370	,752	,403	1,403
	Constante	,384	,189	4,122	1	,042	1,468		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria do Estado Civil.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria das Habilitações Literárias(1)	,759	,310	6,013	1	,014	2,137	1,165	3,920
	Constante	-,127	,225	,316	1	,574	,881		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria das Habilitações Literárias.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da Situação Profissional(1)	-,237	,343	,478	1	,489	,789	,403	1,545
	Constante	,457	,293	2,427	1	,119	1,579		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da Situação Profissional.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Ausência do Trabalho(1)	,643	,351	3,352	1	,067	1,903	,956	3,789
	Constante	,110	,178	,385	1	,535	1,117		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Ausência do Trabalho.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Baixa Remunerada(1)	,720	,365	3,886	1	,049	2,054	1,004	4,201
	Constante	,107	,175	,374	1	,541	1,113		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Baixa Remunerada.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Classificação da Dor Lombar(1)	-,116	,308	,142	1	,706	,890	,487	1,627
	Constante	,333	,200	2,780	1	,095	1,395		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Classificação da Dor Lombar.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,784	,312	6,324	1	,012	2,190	1,189	4,033
	Constante	-,163	,233	,485	1	,486	,850		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Dor Irradiada para o Membro Inferior.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q2_RMDQ(1)	-,651	,470	1,916	1	,166	,522	,208	1,311
	Constante	,363	,163	4,971	1	,026	1,437		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q2\_RMDQ.



#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q3_RMDQ(1)	-,362	,327	1,228	1	,268	,696	,367	1,321
	Constante	,399	,185	4,659	1	,031	1,490		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q3\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q11_RMDQ(1)	-,525	,326	2,596	1	,107	,591	,312	1,120
	Constante	,454	,187	5,922	1	,015	1,574		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q11\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q21_RMDQ(1)	-,923	,348	7,023	1	,008	,397	,201	,786
	Constante	,536	,182	8,683	1	,003	1,708		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q21\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q23_RMDQ(1)	-,577	,328	3,091	1	,079	,562	,295	1,068
	Constante	,467	,186	6,311	1	,012	1,596		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q23\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Medicação para a Lombalgia(1)	,770	,309	6,196	1	,013	2,160	1,178	3,962
	Constante	-,124	,223	,308	1	,579	,884		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Medicação para a Lombalgia.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	END no Momento T0	,160	,063	6,491	1	,011	1,173	1,038	1,327
	Constante	-,487	,337	2,091	1	,148	,614		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: END no Momento T0.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da SBT			11,469	2	,003			
	Categoria da SBT(1)	-1,625	,482	11,367	1	,001	,197	,077	,507
	Categoria da SBT(2)	-,693	,396	3,064	1	,080	,500	,230	1,087
	Constante	1,012	,337	9,005	1	,003	2,750		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,302	,079	14,669	1	,000	1,353	1,159	1,579
	Constante	-1,222	,421	8,407	1	,004	,295		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Total da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Psicossocial da SBT	,421	,124	11,526	1	,001	1,523	1,195	1,943
	Constante	-,803	,353	5,173	1	,023	,448		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Psicossocial da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	RMDQ T0	,095	,028	11,768	1	,001	1,100	1,042	1,161
	Constante	-,802	,349	5,277	1	,022	,448		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: RMDQ T0.

**“Incapacidade persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 7”**

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Idade	,018	,015	1,432	1	,232	1,018	,988	1,049
	Constante	-1,673	,778	4,625	1	,032	,188		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,126	,332	,144	1	,705	,882	,460	1,691
	Constante	-,721	,206	12,254	1	,000	,486		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Sexo.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	IMC	,059	,034	3,088	1	,079	1,061	,993	1,133
	Constante	-2,397	,946	6,417	1	,011	,091		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria do Estado Civil (1)	-,152	,343	,195	1	,659	,859	,438	1,684
	Constante	-,719	,198	13,214	1	,000	,487		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria do Estado Civil.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria das Habilitações Literárias(1)	,428	,331	1,677	1	,195	1,534	,803	2,933
	Constante	-1,016	,255	15,913	1	,000	,362		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria das Habilitações Literárias.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da Situação Profissional(1)	-,065	,359	,032	1	,857	,938	,464	1,896
	Constante	-,724	,305	5,647	1	,017	,485		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da Situação Profissional.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Ausência do Trabalho(1)	,765	,348	4,824	1	,028	2,149	1,086	4,254
	Constante	-1,006	,200	25,209	1	,000	,366		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Ausência do Trabalho.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Baixa Remunerada(1)	,581	,357	2,651	1	,103	1,788	,888	3,598
	Constante	-,932	,194	23,080	1	,000	,394		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Baixa Remunerada.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Classificação da Dor Lombar(1)	-,044	,328	,018	1	,893	,957	,503	1,820
	Constante	-,752	,211	12,682	1	,000	,471		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Classificação da Dor Lombar.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	1,082	,358	9,126	1	,003	2,951	1,462	5,954
	Constante	-1,455	,297	24,041	1	,000	,233		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Dor Irradiada para o Membro Inferior.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q2_RMDQ(1)	-,754	,581	1,683	1	,195	,471	,151	1,470
	Constante	-,693	,170	16,656	1	,000	,500		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q2\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q3_RMDQ(1)	-1,338	,425	9,909	1	,002	,262	,114	,604
	Constante	-,433	,185	5,455	1	,020	,649		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q3\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q11_RMDQ(1)	-1,373	,425	10,444	1	,001	,253	,110	,583
	Constante	-,419	,186	5,090	1	,024	,658		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q11\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q21_RMDQ(1)	-1,969	,553	12,704	1	,000	,140	,047	,412
	Constante	-,405	,179	5,129	1	,024	,667		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q21\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q23_RMDQ(1)	-1,164	,409	8,092	1	,004	,312	,140	,696
	Constante	-,467	,186	6,311	1	,012	,627		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q23\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Medicação para a Lombalgia(1)	,494	,331	2,236	1	,135	1,639	,858	3,133
	Constante	-1,050	,254	17,144	1	,000	,350		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Medicação para a Lombalgia.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	END no Momento T0	,242	,072	11,293	1	,001	1,274	1,106	1,467
	Constante	-2,021	,425	22,564	1	,000	,133		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: END no Momento T0.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da SBT			16,182	2	,000			
	Categoria da SBT(1)	-2,561	,672	14,513	1	,000	,077	,021	,288
	Categoria da SBT(2)	-,956	,373	6,577	1	,010	,384	,185	,798
	Constante	,134	,299	,200	1	,655	1,143		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,480	,102	22,364	1	,000	1,616	1,325	1,972
	Constante	-3,380	,610	30,758	1	,000	,034		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Total da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Psicossocial da SBT	,628	,148	17,931	1	,000	1,874	1,401	2,507
	Constante	-2,543	,476	28,565	1	,000	,079		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Psicossocial da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	RMDQ T0	,162	,034	22,374	1	,000	1,175	1,099	1,257
	Constante	-2,813	,494	32,390	1	,000	,060		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: RMDQ T0.

**“Incapacidade persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 4”**

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Idade	,027	,014	3,497	1	,061	1,027	,999	1,056
	Constante	-1,507	,723	4,351	1	,037	,222		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,545	,314	3,011	1	,083	,580	,313	1,073
	Constante	,019	,193	,009	1	,923	1,019		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Sexo.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	IMC	,060	,033	3,404	1	,065	1,062	,996	1,133
	Constante	-1,843	,907	4,124	1	,042	,158		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria do Estado Civil (1)	-,468	,323	2,097	1	,148	,627	,333	1,180
	Constante	-,034	,186	,034	1	,853	,966		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria do Estado Civil.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria das Habilitações Literárias(1)	,531	,308	2,986	1	,084	1,701	,931	3,109
	Constante	-,491	,232	4,479	1	,034	,612		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria das Habilitações Literárias.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da Situação Profissional(1)	-,097	,337	,083	1	,773	,908	,469	1,757
	Constante	-,123	,286	,183	1	,668	,885		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da Situação Profissional.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Ausência do Trabalho(1)	,722	,339	4,534	1	,033	2,058	1,059	3,999
	Constante	-,399	,181	4,857	1	,028	,671		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Ausência do Trabalho.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Baixa Remunerada(1)	,860	,351	6,006	1	,014	2,363	1,188	4,701
	Constante	-,418	,179	5,484	1	,019	,658		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Baixa Remunerada.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Classificação da Dor Lombar(1)	,052	,306	,029	1	,865	1,053	,578	1,919
	Constante	-,214	,198	1,170	1	,279	,807		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Classificação da Dor Lombar.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,809	,315	6,584	1	,010	2,246	1,211	4,167
	Constante	-,673	,246	7,497	1	,006	,510		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Dor Irradiada para o Membro Inferior.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q2_RMDQ(1)	-,814	,509	2,556	1	,110	,443	,163	1,202
	Constante	-,103	,160	,410	1	,522	,902		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q2\_RMDQ.



#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q3_RMDQ(1)	-,989	,348	8,090	1	,004	,372	,188	,735
	Constante	,098	,181	,295	1	,587	1,103		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q3\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q11_RMDQ(1)	-,913	,343	7,090	1	,008	,401	,205	,786
	Constante	,083	,182	,206	1	,650	1,086		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q11\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q21_RMDQ(1)	-1,800	,426	17,831	1	,000	,165	,072	,381
	Constante	,216	,176	1,502	1	,220	1,241		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q21\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q23_RMDQ(1)	-,870	,343	6,416	1	,011	,419	,214	,821
	Constante	,066	,181	,131	1	,717	1,068		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q23\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Medicação para a Lombalgia(1)	,709	,309	5,263	1	,022	2,032	1,109	3,725
	Constante	-,584	,232	6,348	1	,012	,558		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Medicação para a Lombalgia.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	END no Momento T0	,195	,064	9,178	1	,002	1,215	1,071	1,378
	Constante	-1,159	,359	10,430	1	,001	,314		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: END no Momento T0.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da SBT			15,377	2	,000			
	Categoria da SBT(1)	-1,981	,509	15,124	1	,000	,138	,051	,374
	Categoria da SBT(2)	-,926	,378	6,007	1	,014	,396	,189	,831
	Constante	,693	,316	4,805	1	,028	2,000		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,362	,084	18,410	1	,000	1,437	1,218	1,695
	Constante	-2,061	,473	18,987	1	,000	,127		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Total da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Psicossocial da SBT	,523	,131	15,976	1	,000	1,686	1,305	2,179
	Constante	-1,592	,391	16,598	1	,000	,204		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Psicossocial da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	RMDQ T0	,136	,030	20,733	1	,000	1,145	1,080	1,214
	Constante	-1,808	,397	20,746	1	,000	,164		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: RMDQ T0.

**“Dor persistente aos 6 meses para o ponto de corte  $END \geq 3$ ”**

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Idade	,044	,015	8,700	1	,003	1,044	1,015	1,075
	Constante	-2,187	,746	8,591	1	,003	,112		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,635	,311	4,172	1	,041	,530	,288	,975
	Constante	,206	,194	1,127	1	,288	1,229		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Sexo.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	IMC	,027	,032	,689	1	,407	1,027	,965	1,093
	Constante	-,767	,883	,755	1	,385	,464		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria do Estado Civil (1)	,118	,316	,140	1	,708	1,126	,606	2,091
	Constante	-,086	,185	,214	1	,644	,918		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria do Estado Civil.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria das Habilitações Literárias(1)	,701	,307	5,222	1	,022	2,017	1,105	3,680
	Constante	-,437	,230	3,601	1	,058	,646		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria das Habilitações Literárias.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da Situação Profissional(1)	-,006	,336	,000	1	,986	,994	,515	1,920
	Constante	-,041	,286	,020	1	,886	,960		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da Situação Profissional.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Ausência do Trabalho(1)	,008	,332	,001	1	,981	1,008	,526	1,931
	Constante	-,047	,178	,071	1	,790	,954		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Ausência do Trabalho.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Baixa Remunerada(1)	,351	,342	1,056	1	,304	1,421	,727	2,776
	Constante	-,138	,175	,617	1	,432	,871		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Baixa Remunerada.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Classificação da Dor Lombar(1)	-,481	,307	2,460	1	,117	,618	,339	1,128
	Constante	,154	,197	,614	1	,433	1,167		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Classificação da Dor Lombar.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,576	,308	3,495	1	,062	1,779	,973	3,253
	Constante	-,383	,237	2,617	1	,106	,682		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Dor Irradiada para o Membro Inferior.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q2_RMDQ(1)	-,731	,490	2,231	1	,135	,481	,184	1,257
	Constante	,038	,160	,057	1	,811	1,039		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q2\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q3_RMDQ(1)	-,199	,325	,373	1	,542	,820	,433	1,551
	Constante	,016	,180	,008	1	,928	1,016		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q3\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q11_RMDQ(1)	-,353	,325	1,180	1	,277	,702	,371	1,329
	Constante	,066	,181	,131	1	,717	1,068		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q11\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q21_RMDQ(1)	-,113	,341	,109	1	,741	,894	,458	1,742
	Constante	-,015	,175	,008	1	,930	,985		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q21\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q23_RMDQ(1)	-,353	,325	1,180	1	,277	,702	,371	1,329
	Constante	,066	,181	,131	1	,717	1,068		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q23\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Medicação para a Lombalgia(1)	,326	,302	1,166	1	,280	1,386	,766	2,506
	Constante	-,223	,224	,996	1	,318	,800		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Medicação para a Lombalgia.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	END no Momento T0	,267	,067	15,804	1	,000	1,306	1,145	1,490
	Constante	-1,364	,370	13,567	1	,000	,256		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: END no Momento T0.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da SBT			13,549	2	,001			
	Categoria da SBT(1)	-1,666	,480	12,032	1	,001	,189	,074	,485
	Categoria da SBT(2)	-1,164	,387	9,041	1	,003	,312	,146	,667
	Constante	,932	,327	8,093	1	,004	2,538		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,332	,081	16,889	1	,000	1,394	1,190	1,633
	Constante	-1,744	,447	15,201	1	,000	,175		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Total da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Psicossocial da SBT	,495	,127	15,203	1	,000	1,641	1,279	2,105
	Constante	-1,361	,375	13,165	1	,000	,256		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Psicossocial da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	RMDQ T0	,059	,026	5,084	1	,024	1,061	1,008	1,117
	Constante	-,739	,344	4,608	1	,032	,478		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: RMDQ T0.

**“Dor persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte END $\geq$ 3”**

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Idade	,034	,015	4,921	1	,027	1,035	1,004	1,066
	Constante	-2,268	,788	8,281	1	,004	,103		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,577	,329	3,078	1	,079	,561	,295	1,070
	Constante	-,359	,196	3,338	1	,068	,698		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Sexo.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	IMC	,012	,033	,124	1	,724	1,012	,949	1,079
	Constante	-,893	,911	,962	1	,327	,409		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria do Estado Civil (1)	-,553	,342	2,608	1	,106	,575	,294	1,125
	Constante	-,398	,189	4,462	1	,035	,671		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria do Estado Civil.

**Variáveis na equação**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria das Habilitações Literárias(1)	,647	,323	4,007	1	,045	1,909	1,014	3,596
	Constante	-,952	,251	14,386	1	,000	,386		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria das Habilitações Literárias.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da Situação Profissional(1)	,076	,351	,047	1	,829	1,079	,542	2,149
	Constante	-,633	,300	4,442	1	,035	,531		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da Situação Profissional.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Ausência do Trabalho(1)	-,040	,346	,014	1	,907	,960	,487	1,894
	Constante	-,566	,185	9,392	1	,002	,568		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Ausência do Trabalho.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Baixa Remunerada(1)	,260	,350	,553	1	,457	1,297	,654	2,573
	Constante	-,648	,184	12,393	1	,000	,523		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Baixa Remunerada.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Classificação da Dor Lombar(1)	-,471	,323	2,118	1	,146	,625	,331	1,177
	Constante	-,389	,200	3,798	1	,051	,677		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Classificação da Dor Lombar.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Dor Irradiada para o Membro Inferior(1)	,683	,329	4,324	1	,038	1,980	1,040	3,770
	Constante	-,993	,262	14,398	1	,000	,370		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Dor Irradiada para o Membro Inferior.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q2_RMDQ(1)	-,656	,538	1,484	1	,223	,519	,181	1,491
	Constante	-,507	,165	9,483	1	,002	,602		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q2\_RMDQ.



#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q3_RMDQ(1)	-,569	,354	2,574	1	,109	,566	,283	1,134
	Constante	-,412	,184	5,010	1	,025	,662		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q3\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q11_RMDQ(1)	-,363	,345	1,107	1	,293	,696	,354	1,368
	Constante	-,467	,186	6,311	1	,012	,627		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q11\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q21_RMDQ(1)	-,799	,388	4,248	1	,039	,450	,210	,962
	Constante	-,386	,178	4,712	1	,030	,679		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q21\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Q23_RMDQ(1)	-,607	,354	2,943	1	,086	,545	,272	1,090
	Constante	-,399	,185	4,659	1	,031	,671		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Q23\_RMDQ.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Medicação para a Lombalgia(1)	,511	,319	2,564	1	,109	1,667	,892	3,114
	Constante	-,865	,243	12,637	1	,000	,421		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Medicação para a Lombalgia.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	END no Momento T0	,293	,073	16,333	1	,000	1,341	1,163	1,546
	Constante	-2,093	,426	24,137	1	,000	,123		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: END no Momento T0.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Categoria da SBT			13,969	2	,001			
	Categoria da SBT(1)	-1,639	,499	10,785	1	,001	,194	,073	,516
	Categoria da SBT(2)	-1,174	,373	9,890	1	,002	,309	,149	,643
	Constante	,351	,299	1,377	1	,241	1,421		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Categoria da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,309	,084	13,562	1	,000	1,363	1,156	1,607
	Constante	-2,212	,488	20,502	1	,000	,110		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Total da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	Pontuação Psicossocial da SBT	,442	,130	11,511	1	,001	1,556	1,205	2,009
	Constante	-1,794	,406	19,519	1	,000	,166		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Pontuação Psicossocial da SBT.

#### Variáveis na equação

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1 <sup>a</sup>	RMDQ T0	,081	,028	8,129	1	,004	1,084	1,026	1,146
	Constante	-1,552	,388	16,039	1	,000	,212		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: RMDQ T0.

## Apêndice D

### Resultados da regressão logística binária multivariada

#### “Incapacidade persistente aos 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 7”

Step 9 <sup>a</sup>	Idade	,049	,017	8,580	1	,003	1,050	1,016	1,086
	Pontuação Psicossocial da SBT	,408	,157	6,756	1	,009	1,504	1,106	2,045
	RMDQ T0	,093	,035	6,964	1	,008	1,097	1,024	1,175
	Constant	-5,082	1,049	23,456	1	,000	,006		

a. Variable(s) entered on step 1: Idade, IMC, Categoria das Habilidades Literárias, Ausência do Trabalho, Dor Irradiada para o Membro Inferior, Medicação para a Lombalgia, END no Momento T0, Pontuação Total da SBT, Pontuação Psicossocial da SBT, Categoria da SBT, RMDQ T0.

#### Area Under the Curve

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,756	,036	,000	,686	,826

The test result variable(s): Predicted probability has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

#### “Incapacidade persistente aos 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 4”

Etapa 16 <sup>a</sup>	Idade	,029	,015	3,953	1	,047	1,030	1,000	1,060
	Pontuação Total da SBT	,303	,080	14,413	1	,000	1,354	1,158	1,584
	Constante	-2,651	,847	9,788	1	,002	,071		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade, Sexo, IMC, Categoria das Habilidades Literárias, Ausência do Trabalho, Baixa Remunerada, Dor Irradiada para o Membro Inferior, Medicação para a Lombalgia, END no Momento T0, Pontuação Total da SBT, Pontuação Psicossocial da SBT, Categoria da SBT, RMDQ T0, Q3\_RMDQ, Q11\_RMDQ, Q21\_RMDQ, Q23\_RMDQ.

#### Area Under the Curve

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,668	,042	,000	,587	,749

The test result variable(s): Predicted probability has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

**“Incapacidade persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 7”**

Etapa 15 <sup>a</sup>	Pontuação Total da SBT	,428	,106	16,375	1	,000	1,534	1,247	1,887
	Q21_RMDQ(1)	-1,529	,576	7,050	1	,008	,217	,070	,670
	Constante	-2,831	,643	19,354	1	,000	,059		
	a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: IMC, Categoria das Habilidades Literárias, Ausência do Trabalho, Baixa Remunerada, Dor Irradiada para o Membro Inferior, Medicação para a Lombalgia, END no Momento T0, Pontuação Total da SBT, Pontuação Psicossocial da SBT, RMDQ T0, Categoria da SBT, Q2_RMDQ, Q3_RMDQ, Q11_RMDQ, Q21_RMDQ, Q23_RMDQ.								

**Area Under the Curve**

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,751	,039	,000	,674	,828

The test result variable(s): Predicted probability has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

**“Incapacidade persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte RMDQ $\geq$ 4”**

Etapa 17 <sup>a</sup>	Sexo(1)	-,746	,348	4,595	1	,032	,474	,240	,938
	Pontuação Psicossocial da SBT	,427	,142	9,045	1	,003	1,533	1,160	2,025
	Q21_RMDQ(1)	-1,675	,451	13,787	1	,000	,187	,077	,454
	Constante	-,672	,463	2,110	1	,146	,511		
a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Idade, Sexo, IMC, Categoria do Estado Civil, Categoria das Habilidades Literárias, Ausência do Trabalho, Baixa Remunerada, Dor Irradiada para o Membro Inferior, Medicação para a Lombalgia, END no Momento T0, Categoria da SBT, Pontuação Total da SBT, Pontuação Psicossocial da SBT, RMDQ T0, Q2_RMDQ, Q3_RMDQ, Q11_RMDQ, Q21_RMDQ, Q23_RMDQ.									

**Area Under the Curve**

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,751	,036	,000	,680	,821

The test result variable(s): Predicted probability has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

**“Dor persistente aos 6 meses para o ponto de corte END $\geq$ 3”**

Step 8 <sup>a</sup>	Idade	,045	,016	8,111	1	,004	1,046	1,014	1,078
	END no Momento T0	,174	,075	5,376	1	,020	1,191	1,027	1,380
	Pontuação Total da SBT	,248	,092	7,346	1	,007	1,282	1,071	1,534
	Constant	-4,378	,957	20,910	1	,000	,013		

a. Variable(s) entered on step 1: Idade, Sexo, Categoria das Habilitações Literárias, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, END no Momento T0, Pontuação Total da SBT, Pontuação Psicossocial da SBT, Categoria da SBT, RMDQ T0.

**Area Under the Curve**

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,739	,037	,000	,667	,811

The test result variable(s): Predicted probability has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

**“Dor persistente aos 2 e 6 meses para o ponto de corte END $\geq$ 3”**

Step 9 <sup>a</sup>	Idade	,033	,017	3,966	1	,046	1,034	1,001	1,068
	Categoria do Estado Civil (1)	-,802	,380	4,467	1	,035	,448	,213	,943
	END no Momento T0	,222	,081	7,507	1	,006	1,249	1,065	1,464
	Pontuação Total da SBT	,226	,096	5,498	1	,019	1,254	1,038	1,514
	Constant	-4,316	1,029	17,586	1	,000	,013		

a. Variable(s) entered on step 1: Idade, Sexo, Categoria do Estado Civil, Categoria das Habilitações Literárias, Classificação da Dor Lombar, Dor Irradiada para o Membro Inferior, Medicação para a Lombalgia, END no Momento T0, Pontuação Total da SBT, Pontuação Psicossocial da SBT, Categoria da SBT, RMDQ T0.

**Area Under the Curve**

Test Result Variable(s): Predicted probability

Area	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,751	,037	,000	,678	,824

The test result variable(s): Predicted probability has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5